This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

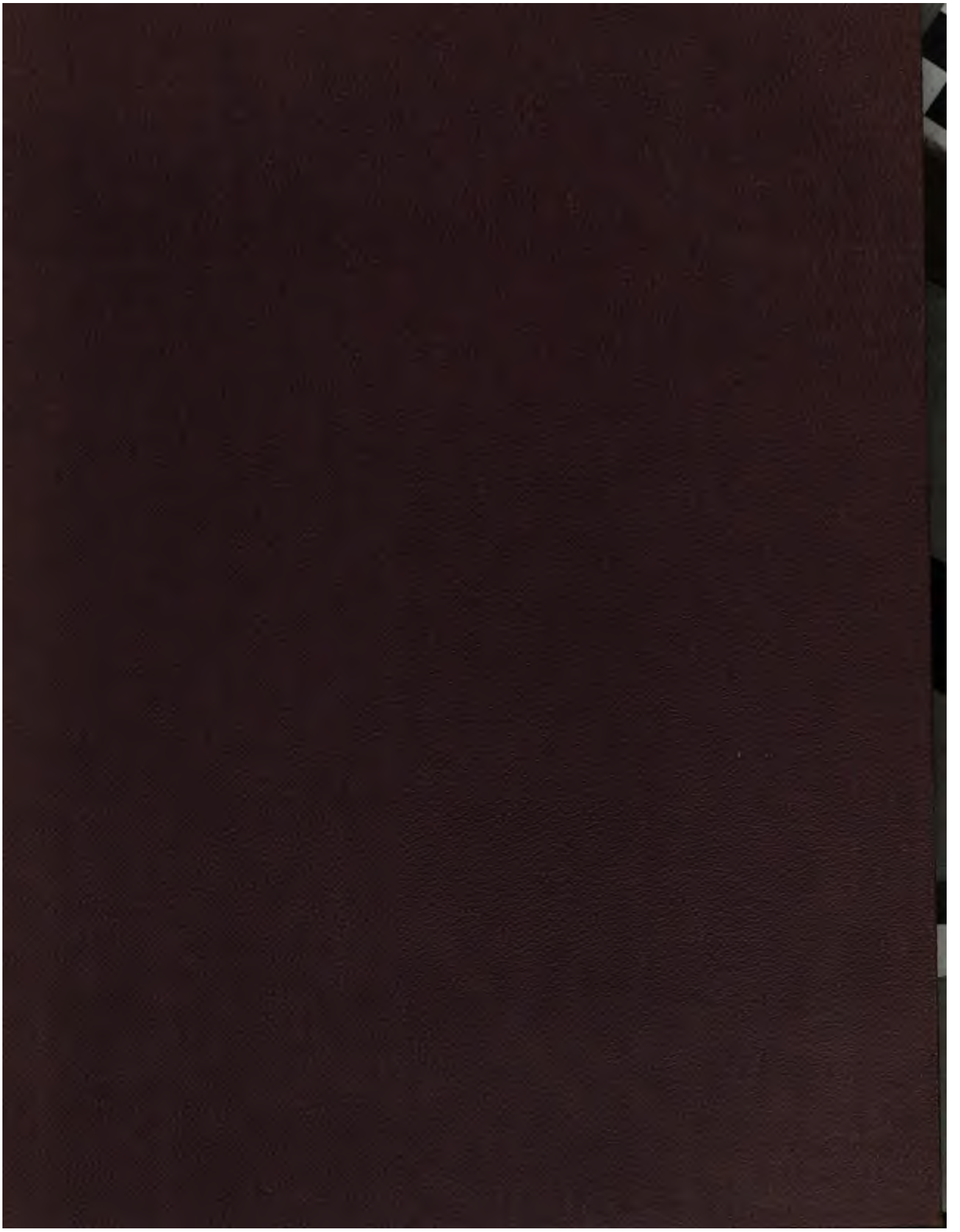
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



Sor. 1512 d. 510

# MÉMOIRES

DE

# L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

## DE BELGIQUE.

FOREIGN
BODLEIAN
R
PERIODICALS

# MÉMOIRES

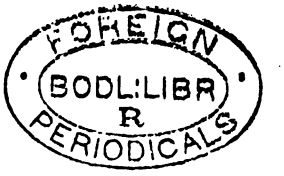
DE

# L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

## DE BELGIQUE.

---

TOME CINQUIÈME.




BRUXELLES,
HENRI MANCEAUX, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,
RUE DES TROIS-TÊTES, 8 (MONTAGNE DE LA COUR).

1869
26

# I.

# PARTIE HISTORIQUE.

# ARRÊTÉS

RELATIFS

# A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

## ARRÊTÉ ROYAL DÉCRÉTANT L'EXÉCUTION DU BUSTE EN MARBRE DE FEU LE BARON SEUTIN.

LÉOPOLD, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Notre Ministre de l'Intérieur est autorisé à faire exécuter le buste en marbre de feu M. le baron Seutin, sénateur, membre titulaire de l'Académie royale de médecine.

Ce buste sera placé dans la salle des séances de cette Compagnie.

Art. 2. Le prix en sera imputé sur le chapitre XIX, article 128 du budget du Ministère de l'Intérieur, pour 1862.

Art. 3. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 27 février 1862.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :

*Pour le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, le Directeur général délégué,*

C.-A. De Sorlus.

## AGRÉATION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

LÉOPOLD, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 13 juillet 1863, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à notre agrément l'élection d'un membre titulaire, pour occuper la place devenue vacante dans la quatrième Section de la Compagnie, par le décès de M. le professeur Martens;

Vu l'article 6 des Statuts revisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection de M. le docteur Julien Van Roosbroek, professeur à l'Université de Gand, comme membre titulaire, pour remplir la place vacante dans la quatrième Section de l'Académie royale de médecine.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 29 juillet 1863.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :

*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*

E. Stevens.

## AGRÉATION DE DEUX MEMBRES TITULAIRES, D'UN MEMBRE HONORAIRE BELGE ET DE ONZE MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

---

LÉOPOLD, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 1er décembre 1863, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection de deux membres titulaires, d'un membre honoraire belge et de onze membres honoraires étrangers;

Vu l'article 6 des statuts revisés de l'Académie,

Sur la proposition de notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection :

1° De M. le docteur L. De Roubaix, professeur à l'Université de Bruxelles, comme membre titulaire de la troisième Section, en remplacement de feu M. le docteur Didot;

2° De M. F.-G. Leroy, membre de la Commission médicale de la province de Brabant, ex-pharmacien à Bruxelles, comme membre titulaire de la cinquième Section, en remplacement de feu M. Davreux;

3° De M. J.-S. Stas, professeur à l'école militaire, membre titulaire de la première Section, comme membre honoraire;

4° De MM. les docteurs Bennett, professeur à l'Université d'Édimbourg, W.-B. Carpenter, professeur à l'Université de Londres;

Ad.-Al. Erlenmeyer, docteur d'un établissement d'aliénés, à Bendorf;

L.-A. Gosse, à Genève;

A. Helmholtz, professeur à l'Université d'Heidelberg;

J.-F. Kerst, ex-professeur à l'école de médecine militaire d'Utrecht;

F.-A. Longet, professeur d'anatomie et de physiologie, à Paris;

L. Martinet, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg;

M.-H. Romberg, professeur à l'Université de Berlin;

Ch.-E. Sédillot, médecin inspecteur des armées et directeur de l'école impériale du service de santé militaire, à Strasbourg ;

James Syms, professeur à l'Université d'Édimbourg,

Comme membres honoraires étrangers.

ART. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Ardenne, le 28 décembre 1863.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

ALPH. VANDENPEEREBOOM.

Pour expédition conforme :

*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*

E. STEVENS.

## ARRÊTÉ ROYAL MODIFIANT LES DISPOSITIONS DE L'ART. 64 DU RÈGLEMENT DE L'ACADÉMIE.

LÉOPOLD, ROI DES BELGES,

A tous présents et à venir, SALUT.

Vu notre arrêté du 26 mars 1842, déterminant la valeur du jeton de présence attribué aux membres de l'Académie royale de médecine, ainsi que l'article 64 du règlement d'ordre intérieur de l'Académie, approuvé par notre arrêté du 12 juillet 1862 ;

Vu la proposition adoptée par la Compagnie, en séance du 25 juin 1864, en vue de la modification de ces dispositions, ainsi que le rapport motivant les changements proposés ;

Sur le rapport de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

ART. 1er. Par modification à nos arrêtés susmentionnés du 26 mars 1842 et du 12 juillet 1862, l'article 64 du règlement d'ordre intérieur de l'Académie royale de médecine est remplacé par la disposition suivante :

« Les membres titulaires inscrits sur la liste de présence, avant sa clôture, ont droit à un jeton de présence de dix francs.

« Ils ont, en outre, droit, à titre de frais de voyage et de séjour : à douze francs, s'ils résident de dix à cinquante kilomètres de Bruxelles, à dix-huit francs, s'ils résident de cinquante à soixante-quinze kilomètres de cette ville, et à vingt-quatre francs, s'ils habitent à plus de soixante-quinze kilomètres de la capitale.

« Ces dispositions sont applicables aux membres honoraires qui ont eu le titre de titulaires.

« Le jeton de présence aux séances du Bureau, des Sections et des Commissions est fixé à six francs.

« Les membres qui assisteront à ces séances et qui n'habitent point Bruxelles ou la banlieue, recevront, en outre, à titre de frais de voyage et de séjour, six francs, s'ils résident de dix à cinquante kilomètres; douze francs, s'ils résident de cinquante à soixante-quinze kilomètres, et dix-huit francs, si leur résidence est éloignée de plus de soixante-quinze kilomètres de Bruxelles.

ART. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 12 septembre 1864.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
ALPH. VANDENPEEREBOOM.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. STEVENS.

## AGRÉATION DE ONZE MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

LÉOPOLD, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 28 novembre 1864, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection de onze membres honoraires étrangers;

Vu l'article 6 des Statuts revisés de l'Académie;

Sur la proposition de notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membres honoraires de l'Académie royale de médecine de Belgique, de Messieurs

1° J.-F.-H. Albers, professeur à l'Université de Bonn;

2° R. Christison, professeur à l'Université d'Édimbourg;

3° Fr.-Ch. Frerichs, professeur à l'Université de Berlin;

4° A.-M.-F. Guépin, à Nantes.

5° H.-J.-H. Hahn, médecin de l'Institut Joséphine, à Aix-la-Chapelle;

6° B.-R.-C. Langenbeck, professeur à l'Université de Berlin;

7° B. Panizza, professeur à l'Université de Pavie;

8° J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Lyon;

9° J.-E. Purkinge, professeur à l'Université de Prague;

10° H. Scoutetten, professeur de médecine, à Metz;

11° P.-A. Cap, ancien pharmacien, à Paris.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 31 décembre 1864.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :

*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*

E. Stevens.

## AGRÉATION DE DEUX MEMBRES TITULAIRES.

---

LÉOPOLD, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre du 3 février 1865, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection de deux membres titulaires;

Vu l'article 6 des Statuts revisés de l'Académie ;

Sur la proposition de Notre Ministère de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection de MM. les docteurs T. Gluge, professeur à l'Université de Bruxelles, et E.-M. Van Kempen, professeur à l'Université de Louvain, comme membres titulaires de l'Académie royale de médecine pour occuper les places devenues vacantes dans la première Section de cette Compagnie, par suite de la promotion de M. Stas à l'honorariat et du décès de M. Verheyen.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 7 mars 1865.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. Stevens.

## AGRÉATION DE DEUX MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 6 novembre 1865, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection de deux membres honoraires étrangers ;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection de MM. les docteurs L. Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux, à Paris, et Th. Schwann, professeur à l'Université de Liége.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 30 décembre 1865.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. Stevens.

## ARRÊTÉ ROYAL CONCERNANT LA DOTATION DE L'ACADÉMIE.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la loi du 14 février 1866 contenant le budget du Ministère de l'Intérieur, pour l'exercice 1866;

Considérant que la dotation de l'Académie royale de médecine figurant au chapitre XX, article 130 dudit budget, a été augmentée d'une somme de trois mille francs, spécialement destinée au paiement des indemnités à allouer pour frais de route aux membres honoraires belges et aux correspondants régnicoles de cette savante Compagnie, lorsqu'ils se rendent aux séances de l'Académie;

Sur le rapport de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Les membres honoraires belges, qui n'ont pas eu la qualité de titulaires, et les correspondants régnicoles de l'Académie royale de médecine qui assisteront aux séances de cette Compagnie, recevront à titre de frais de voyage et de séjour, six francs s'ils résident de dix à cinquante kilomètres, douze francs, s'ils résident de cinquante à soixante-quinze kilomètres et dix-huit francs si leur résidence est éloignée de plus de soixante-quinze kilomètres de Bruxelles.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 mars 1866.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :
*Pour le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, le Directeur général délégué,*
C.-A. De Sorlus.

## AGRÉATION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 1er mai 1866, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine de Belgique soumet à Notre agrément l'élection d'un membre titulaire;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie;

Sur la proposition de notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection du sieur E.-J.-N. Warlomont, docteur en médecine à Bruxelles, comme membre titulaire de l'Académie royale de médecine, pour occuper la place devenue vacante dans la deuxième Section, par suite du décès du sieur Van Coetsem.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 24 mai 1866.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. Stevens.

## ORDRE DE LÉOPOLD. — PROMOTIONS.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Voulant, à l'occasion du 25e anniversaire de l'institution de l'Académie royale de médecine de Belgique, reconnaître, par un nouveau témoignage de Notre bienveillance, les services rendus à la science par Messieurs :

Broeckx (C.),

François (V.-G.),

Graux (P.-J.),

De Roubaix (L.), membres titulaires;

Et Sauveur (H.), membre honoraire de cette Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Sont promus au grade d'officiers de l'Ordre de Léopold les sieurs :

Broeckx (C.),

François (V.-G.),

Graux (P.-J.),

De Roubaix (L.),

Et Sauveur (H.), préqualifiés.

Ils porteront la décoration civile et prendront rang dans l'Ordre à dater de ce jour, en cette nouvelle qualité.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires étrangères ayant l'administration de l'Ordre de Léopold dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 30 décembre 1866.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Alph. Vandenpeereboom.

## NOMINATION DANS L'ORDRE DE LÉOPOLD.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Voulant, à l'occasion du 25e anniversaire de l'institution de l'Académie royale de médecine de Belgique, reconnaître, par un témoignage de Notre bienveillance, les services rendus à la science par le sieur Van Kempen, membre titulaire de cette Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Le sieur Van Kempen (E.-M.) préqualifié est nommé chevalier de l'Ordre de Léopold.

Il portera la décoration civile et prendra rang dans l'Ordre à dater de ce jour.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires étrangères, ayant l'administration de l'Ordre de Léopold dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 30 décembre 1866.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

## ORDRE DE LÉOPOLD. — PROMOTION.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Voulant, par un nouveau témoignage public de Notre haute satisfaction, reconnaître les services rendus au pays par M. Vleminckx (J.-F.), membre de la Chambre des Représentants, Président de l'Académie royale de médecine, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique, ancien inspecteur général du service de santé de l'armée pendant trente-quatre ans;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Guerre,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. M. Vleminckx (J.-F.), préqualifié, est promu au grade de grand officier de l'Ordre de Léopold.

Il portera la décoration militaire et prendra rang dans l'Ordre à dater de ce jour en cette nouvelle qualité.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires Étrangères, ayant l'administration de l'Ordre de Léopold dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 6 juin 1868.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de la Guerre,*
Renard.

## MONUMENT A ÉRIGER A LA MÉMOIRE DE J.-B. VAN HELMONT.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu le vœu émis par le Conseil provincial du Brabant, dans sa session de 1863, tendant à consacrer par un monument public le souvenir de J.-B. Van Helmont;

Vu les résultats du concours ouvert par l'Académie royale de médecine de Belgique, ayant pour objet l'histoire de la vie et des écrits de Van Helmont, considéré comme médecin;

Attendu que le Conseil communal de Bruxelles, ainsi que la Députation permanente du Conseil provincial du Brabant, ont résolu d'intervenir respectivement dans les frais du monument Van Helmont;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Un monument commémoratif en l'honneur de J.-B. Van Helmont sera érigé sur l'une des places publiques de la capitale.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 juin 1867.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

## AGRÉATION D'UN MEMBRE HONORAIRE BELGE.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 21 décembre 1866, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection d'un membre honoraire belge;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membre honoraire belge de l'Académie royale de médecine, de M. le docteur A. Woets, de Dixmude, président de la Commission médicale provinciale de la Flandre occidentale.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 11 janvier 1867.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. Stevens.

## AGRÉATION DE TROIS MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 31 octobre 1867, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à notre agrément l'élection de trois membres honoraires étrangers ;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie ;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membres honoraires étrangers de l'Académie royale de médecine, de :

MM. le docteur Claude Bernard, professeur au Collége de France et à la Sorbonne, à Paris ;

H. Bouley, inspecteur général des Écoles de médecine vétérinaire de France, à Paris ;

le docteur Rudolf Virchow, professeur à l'Université de Berlin.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 26 novembre 1867.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Alph. Vandenpeereboom.

Pour expédition conforme :

*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*

E. Stevens.

## AGRÉATION D'UN MEMBRE HONORAIRE BELGE.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 29 juin 1868, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément la nomination de M. le docteur L. Fallot en qualité de membre honoraire de cette Compagnie;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection de M. le docteur L. Fallot, ancien membre titulaire de l'Académie royale de médecine, en qualité de membre honoraire de cette Compagnie.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 21 juillet 1868.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Eudore Pirmez.

Pour expédition conforme :

*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*

E. Stevens.

## AGRÉATION DE DEUX MEMBRES TITULAIRES.

—

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 26 octobre 1868, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément la nomination de deux membres titulaires;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membres titulaires de l'Académie royale de médecine, des sieurs C. Poelman, docteur en médecine, professeur à l'Université de Gand, et F.-P.-M. Lefebvre, docteur en médecine, professeur à l'Université de Louvain, pour occuper respectivement les places vacantes, dans les première et seconde Sections, par suite de la promotion du sieur Fallot à l'honorariat et du décès du sieur François.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 6 novembre 1868.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Eudore Pirmez.

Pour expédition conforme :
*Le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur,*
E. Stevens.

## AGRÉATION DE SEPT MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

—

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 2 décembre 1868, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à Notre agrément l'élection de sept membres honoraires étrangers ;

Vu l'article 6 des Statuts révisés de l'Académie ;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membres honoraires étrangers de l'Académie royale de médecine, de MM. les docteurs :

J.-K. Barnes, chirurgien général de l'armée des Etats-Unis d'Amérique, à Washington ;

A. Brierre de Boismont, médecin d'établissements d'aliénés, à Paris ;

F. Hebra, professeur à l'Université et médecin du Grand-Hôpital de Vienne ;

Baron H. Larrey, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce ;

H. Pidoux, médecin de l'Hôpital de la Charité, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, à Paris ;

C. Rokitansky, professeur à l'Université de Vienne ;

J.-A. Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 24 décembre 1868.

LÉOPOLD.

Par le Roi :

*Le Ministre de l'Intérieur,*

Eudore Pirmez.

Pour expédition conforme :

*Pour le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, le Directeur général délégué,*

C.-A. De Sorlus.

## AGRÉATION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

LÉOPOLD II, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, salut.

Vu la lettre, en date du 26 avril 1869, par laquelle le Bureau de l'Académie royale de médecine soumet à notre agrément la nomination d'un membre titulaire;

Vu l'article 6 des Statuts revisés de l'Académie;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS :

Art. 1er. Est agréée l'élection, en qualité de membre titulaire de l'Académie royale de médecine, du sieur N. Gille, pharmacien et professeur à l'École de médecine vétérinaire de l'État, à Cureghem, pour occuper la place devenue vacante dans la cinquième Section de cette Compagnie, par suite du décès de M. Leroy.

Art. 2. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Laeken, le 21 mai 1869.

LÉOPOLD.

Par le Roi :
*Le Ministre de l'Intérieur,*
Eudore Pirmez.

Pour expédition conforme :
*Pour le Secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, le Directeur général délégué,*
C.-A. De Sorlus.

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. DIDOT,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Le Bureau de l'Académie nous a délégués, MM. Lebeau, Thiry et moi, pour représenter la Compagnie dans cette triste et douloureuse cérémonie.

Organe de la Commission, à laquelle a été confié le soin de rendre un pieux hommage au savant collègue que la mort vient de nous ravir après une longue et pénible maladie, je tâcherai de maîtriser mon émotion en vous parlant de l'homme recommandable, qui, en disparaissant de ce monde, laissera un vide rendu chaque jour plus sensible par l'absence d'une activité et d'un zèle qui ne s'étaient jamais ralentis.

Didot n'est plus; mais avant de lui dire l'éternel adieu, il est du devoir du corps savant que nous représentons de retracer sa carrière scientifique, si laborieuse et si bien remplie.

En 1828, chef de clinique de la Faculté de médecine de Liége, à l'hôpital de Bavière, il fut promu, en 1829, au grade de docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements.

En 1830, il fut nommé administrateur et médecin des hospices civils de Dinant, position qu'il a occupée pendant dix-neuf ans.

Dans ce laps de temps les fonctions de président de la Commission médicale locale, établie à Dinant, et celles de médecin légiste de l'arrondissement judiciaire, lui furent aussi confiées jusqu'au moment où il les résigna pour aller se fixer à Liége.

En 1843, il fut nommé correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, et en 1849, il fut élu membre titulaire.

En 1849, il entra dans l'enseignement universitaire, le Gouvernement l'ayant nommé professeur agrégé à l'Université de Liége.

En 1854, une nouvelle carrière lui fut ouverte par sa nomination aux fonctions de Directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat.

Et en 1856, la croix de Chevalier de l'Ordre de Léopold fut la récompense de son mérite et de ses services.

Le temps que laissait à Didot l'accomplissement de ses devoirs dans les diverses positions qu'il a occupées, fut consacré à d'importants travaux. Non-seulement il a introduit des modifications ou des innovations dans les moyens employés pour remédier à un grand nombre d'affections, et inventé plusieurs instruments et appareils, mais encore il est auteur de nombreuses publications sur :

Le secret en médecine;

La condition des ouvriers dans les mines et usines;

L'organisation de la médecine politico-légale;

Les fractures et leur traitement;

La méthode amovo-inamovible et les bandages plâtrés;

L'avortement médical;

La pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines;

L'ablation d'une tumeur fibro-plastique;

La nature et le traitement chirurgical de l'ophthalmie ou fluxion périodique du cheval, etc.

Ce n'est pas trop vous dire, Messieurs, que ces divers travaux assignent à notre regretté collègue une place des plus honorables dans la littérature médicale de notre pays.

Je vous ai retracé en peu de mots, Messieurs, la vie scientifique de Didot. J'ajouterai qu'il a pris une très-grande part aux travaux de notre

Académie et qu'il s'est toujours distingué par son assiduité aux séances et sa participation à la plupart des discussions de la Compagnie.

Maintenant, Messieurs, il ne me reste qu'à résumer dans un suprême adieu, les regrets et l'affliction de ceux qui ont connu le collègue distingué qui nous est ravi.

Adieu Didot, encore une fois, adieu.

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. DAUMERIE,

MEMBRE HONORAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Une triste mission m'a été confiée par l'Académie royale de médecine. Je suis appelé à rendre hommage, en son nom, à la mémoire de l'un de ses plus dignes membres, qui vient de lui être ravi.

Une carrière remplie honorablement devrait jusqu'à un certain point adoucir l'amertume de nos regrets; mais dans ce moment suprême, nous ne pouvons sentir que la douleur d'une mort qui nous enlève un confrère que nous nous étions tous fait une douce habitude d'estimer et d'aimer.

Avant que la terre recouvre sa dépouille mortelle, je veux en quelques paroles vous rappeler quelle a été sa vie, vous dire qu'il a rempli dignement la tâche qui lui avait été dévolue ici-bas.

Augustin-Joseph Daumerie était né en 1797, à Chapelle-à-Wattines, d'une honorable famille, qui, outre l'aisance, jouissait du plus bel héritage de probité, d'estime et de considération publique.

Entraîné par ses goûts particuliers pour la médecine, qui se décelèrent de bonne heure, il prit ses différents grades à l'Université de Gand, où il se fit remarquer par son intelligence et ses succès.

Marié, au sortir de l'Université, il s'établit à Leuze, ville voisine de son lieu de naissance. Le zèle qu'il apporta dans les soins qu'il donna à ses malades, à quelque classe de la société qu'ils appartinssent, l'étendue de ses connaissances et le tact médical dont il fit preuve, lui attirèrent bientôt une nombreuse clientèle, qui lui voua une estime sans bornes et qui l'honora d'une haute considération. Plus de trente ans nous séparent de cette époque, et le nom du docteur Daumerie est toujours prononcé avec respect, avec vénération même, par les habitants de la ville de Leuze et des environs.

Vers 1830, la vie simple, laborieuse et utile que Daumerie menait dans les lieux qui l'avaient vu naître, subit une modification profonde. Un grave procès, du sort duquel dépendait l'avenir de sa famille, vint à surgir à propos d'un héritage légitime qui lui était disputé. En bon père de famille, notre collègue n'hésita pas à s'arracher à la belle clientèle qu'il s'était créée, et, aux grands regrets de ceux qui avaient recours à ses lumières, il vint s'établir à Bruxelles, pour surveiller de plus près et plus activement les intérêts qu'il avait à défendre. De persévérants efforts amenèrent enfin une solution satisfaisante. Dès lors, Daumerie fit de sa vie deux parts : il consacra l'une à l'administration et à l'amélioration de son avoir; il donna l'autre à l'étude de ses deux sciences favorites : la médecine et l'agriculture.

Les diverses publications relatives à la médecine qu'il a fait paraître, les nombreux articles qui sont insérés dans les recueils périodiques, les discussions scientifiques auxquelles il a pris part, et où se révèlent un esprit observateur et un jugement sain, clair et précis, montrent que la fortune n'avait pas éloigné notre savant confrère de la science médicale, qui avait toujours été l'objet de ses prédilections, et prouvent qu'il tenait encore beaucoup à travailler au bien de l'humanité souffrante.

Il était impossible que M. Daumerie ne fit pas partie des membres de l'Académie de médecine, lors de sa fondation. Nommé membre adjoint en 1842, il fut promu, en 1858, au titre de membre honoraire, témoignage d'estime et de considération que lui donnèrent unanimement ses collègues, et que le Roi sanctionna.

A l'Académie comme ailleurs, il mérita l'affection générale; il fut un membre actif et laborieux. Il y prit une large part à plusieurs importantes discussions. Indulgent pour les opinions d'autrui, ne tenant aux siennes que par conviction, aimant la science pour elle et pour l'humanité, il cherchait toujours à diriger sa conduite par la justice et par la conscience. Nul médecin mieux que lui ne comprenait la dignité professionnelle. Il aimait les hommes de travail et de progrès, parce que lui-même faisait de l'étude des sciences le but de ses constants efforts.

Bon nombre de sociétés savantes, qu'il serait trop long d'énumérer ici, se firent un honneur de l'associer à leurs travaux. Il fut président de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et du Cercle médical de la même ville.

Agronome distingué, on le voit à Moerbeke, où il résidait pendant une partie de l'année, donner la plus louable impulsion; il montre par le fait ce que peut le travail intelligent appliqué à la terre.

Cette localité étant justement réputée insalubre, à cause des fièvres intermittentes qui y règnent endémiquement, Daumerie consacre tous ses loisirs à l'étude des causes de cette affection, et, autant qu'il était en son pouvoir, à la mise en pratique des moyens propres à assainir la contrée. Aussi pouvons-nous répéter ici, ce que nous avons dit à l'occasion des débuts de notre regretté collègue dans la carrière médicale : c'est que tous les habitants de Moerbeke et des environs le vénéraient comme un bienfaiteur constamment occupé du soin d'améliorer leur sort aussi bien que leur santé.

C'est à titre d'agronome qu'il figura à la Société centrale d'agriculture de Belgique, dont il fut longtemps l'un des vice-présidents. Le Bulletin des travaux de cette Compagnie atteste combien son activité y a été grande jusqu'au moment où des motifs de dignité personnelle le contraignirent à s'en éloigner.

Ce n'est pas seulement dans ce recueil qu'il a consigné le fruit de ses études, de ses recherches et de son expérience en agronomie. Divers articles insérés dans des journaux spéciaux et les opuscules qu'il a publiés,

constatent son incessante activité et ses vastes connaissances en industrie agricole.

Ce qui caractérise Daumerie dans les écrits qu'il a livrés à l'impression et dans les discussions auxquelles il a pris part, c'est surtout sa ténacité à défendre son opinion. Mais dans cette ténacité de notre confrère nous ne devons point voir la vanité d'un homme qui prétend toujours avoir raison, car il cherchait la vérité de bonne foi, mais bien la conviction forte, inébranlable du savant qui a mûri, dans le silence du cabinet, une question, et qui, après avoir examiné, sans préventions et avec impartialité, le pour et le contre, a cru en avoir trouvé ou du moins aperçu la solution.

Quoique je me sois arrêté, trop longuement peut-être pour la circonstance, à retracer les titres scientifiques de notre regretté collègue et à le considérer en quelque sorte comme homme public, qu'il me soit permis de dire quelques mots de l'homme privé, du bon père de famille, de l'ami sincère que nous perdons.

Daumerie était l'homme probe par excellence. Plaçant son contentement dans la consolation intérieure du devoir accompli, il marchait à travers tout à la réalisation de ce qu'il croyait vrai et juste. Son esprit était essentiellement indépendant. Franc et loyal envers tout le monde, il est arrivé au terme de sa carrière, entouré de la considération générale.

Daumerie a fait ici-bas ce que comporte la vie de l'homme de bien. Père de famille, il a constamment et énergiquement travaillé au bonheur des siens. L'amour qu'il portait à ses enfants et à sa noble et digne épouse, si admirable par son dévouement, était immense : il ne vivait que pour eux. — Citoyen, il n'a qu'une pensée : être utile aux autres.

Pardonne-moi, cher Daumerie, si, dans cette esquisse rapide de ta vie consacrée à faire le bien, je n'ai point fait ressortir assez les excellentes qualités de ton cœur : ton dévouement à l'humanité, tes sentiments nobles et généreux, ton empressement à te rendre utile à tes confrères. Tu ne connus jamais l'envie, ni ces mauvaises passions qui agitent les hommes...

Mais à quoi bon ces louanges qui, quoique bien méritées, répugneraient à ta modestie, si tu pouvais encore les entendre ? Ce qui vaut infiniment mieux, c'est le tendre souvenir que ton estimable famille et tes nombreux amis conserveront de ta mémoire ; ta vie leur servira de modèle. Daumerie, repose en paix dans le sein de l'éternel. Adieu ! cher collègue, adieu ! pour la dernière fois.

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. VERHEYEN,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Le savant collègue, dont nous entourons les restes mortels avant qu'ils disparaissent à jamais, était loin d'être parvenu aux limites de la vie que sa forte constitution paraissait devoir lui assigner.

L'Académie royale de médecine qui m'a chargé d'adresser, en son nom, un dernier adieu à Verheyen, avait lieu d'espérer que longtemps encore cet honorable membre l'éclairerait de ses lumières et rehausserait son éclat par ses travaux. La science, qu'il a cultivée toute sa vie par goût et par amour, attendait encore de lui de nombreux services.

Une autre voix que la mienne vient de vous retracer les principales circonstances de la carrière de l'homme dont nous déplorons la perte. Ma tâche doit se borner ici à vous rappeler les titres du savant, de l'académicien.

Si quelque chose, Messieurs, peut tempérer l'amertume de nos regrets, et notre tristesse si profonde et si légitime en présence de ce cercueil, c'est la justice que chacun rend à notre honorable collègue, à son noble et

bon caractère, à son mérite et à ses travaux, qui ne sont certes pas de ceux que l'on récuse et encore moins de ceux que l'on oublie. Combien de constance et de zèle ont rempli ses années ! Que d'études et de méditations durant ses nuits ! Que de labeurs à chacun de ses jours ! Son cabinet était devenu pour lui le lieu de ses prédilections ; il y travaillait constamment et avec passion à étendre le cercle déjà si vaste de ses connaissances.

La science de Verheyen ne pouvait pas rester dans l'oubli ou passer inaperçue de ses contemporains ; sa place était marquée au sein de l'Académie royale de médecine, dès qu'elle fut fondée. Dans la séance d'installation, M. le Ministre de l'Intérieur ayant invité la Compagnie à nommer, séance tenante, les six membres laissés à son choix, pour occuper les places vacantes, un des six noms, qui sortit de l'urne à l'unanimité des suffrages, fut celui de Verheyen. Cette unanimité, Messieurs, est la preuve la plus irrécusable du mérite que le collègue que nous pleurons avait de faire partie du premier corps médical du pays.

Aussi les membres de l'Académie, voulant rehausser l'éclat de ce talent et de ce mérite hors ligne, élevèrent-ils Verheyen, en 1847, à la seconde vice-présidence de la Compagnie et lui renouvelèrent-ils ce mandat en 1850 et en 1853. Il remplit ces fonctions jusqu'en 1856, époque où il donna volontairement sa démission, avec les autres membres du Bureau, pour des motifs auxquels la science aussi bien que l'Académie resta complétement étrangère.

Animé jusqu'à la fin par la noble passion de la science, il était heureux de venir se joindre à ses collègues de l'Académie pour tâcher d'élucider les difficiles questions de l'art de guérir. Aussi son assiduité à assister aux séances et sa participation aux divers travaux auxquels la Compagnie est appelée à se livrer, méritent-elles ici une mention toute spéciale.

Vous ferai-je, Messieurs, l'énumération des nombreux travaux scientifiques de notre regretté collègue ?

Dans la triste circonstance qui nous rassemble, la liste que je pourrais en fournir serait trop longue et partant trop aride. Je me bornerai à rappeler que toutes ses publications sont frappées au coin d'une vaste érudition et d'un jugement sûr, consciencieux, clair et précis. Ce sera toujours

avec fruit qu'elles seront lues et méditées par les praticiens qui se livrent à l'étude des branches qu'il a cultivées.

Verheyen ne fut pas seulement un homme instruit, un savant; il fut aussi un rare modèle de fidélité à ses convictions, de dévouement à sa famille et à ses amis.

Dans toutes les questions qui touchent à l'honneur, et au milieu de la faiblesse croissante des caractères, nul n'a porté plus haut le sentiment de la dignité humaine. Bienveillant pour tout le monde, sincère, affectueux, son caractère était élevé, son commerce sûr, son indulgence inépuisable. Qui n'aurait eu de l'affection pour l'homme qui réunissait à ces qualités une humeur toujours égale, une grande réserve et une modestie réelle? Lui seul paraissait méconnaître son mérite personnel et scientifique; jamais on ne le vit afficher des prétentions que son savoir aurait pu, jusqu'à un certain point, légitimer.

Ce qui dominait en Verheyen, c'était la bonté; il se plaisait à obliger, à être utile; refuser lui faisait mal.

Uni à une digne épouse, dont l'attachement a fait le charme de sa vie, entouré d'une famille qu'il chérissait et dont il était tendrement aimé, il a connu le prix du foyer domestique et il en a goûté les charmes et les jouissances. C'est au sein de sa famille qu'il a toujours cherché la force et le courage nécessaires pour supporter les peines inhérentes à la vie et les tracasseries auxquelles il a été en butte.

Les regrets unanimes que tous ses collègues ont manifestés lorsqu'ils l'ont vu miné par la maladie qui vient de le précipiter dans la tombe, sont là pour prouver combien cette perte, qui était prévue, est grande, et leur est sensible.

Au nom de ces collègues dont tu emportes l'estime et l'amitié, je te dis, Verheyen, un éternel adieu! pour la dernière fois, adieu!

# DISCOURS

PRONONCÉ

SUR LA TOMBE

# DE M. H. LE ROY,

MEMBRE HONORAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Une douloureuse cérémonie nous réunit auprès de cette tombe, qui va se fermer pour toujours. L'Académie royale de médecine a chargé son premier Vice-Président et son Secrétaire, de venir rendre au vénérable collègue dont nous entourons les restes mortels, un pieux et dernier devoir. C'est à moi qu'est dévolue la tâche de retracer en quelques mots la vie, la carrière médicale de celui dont la Compagnie a voulu récompenser, dans ses dernières années, le dévouement constant à l'humanité souffrante, en même temps que la science acquise dans le long exercice de son art.

Henri-Eloy-Joseph Le Roy naquit à Soignies, le 1er décembre 1787, et cette ville a eu le bonheur de conserver dans son sein, pour ainsi dire constamment, l'homme de bien auquel elle a donné le jour. Après y avoir fait ses humanités et avoir obtenu de brillants succès dans presque toutes les branches qui étaient enseignées au collége de cette ville, Le Roy fut admis en 1807, à l'Ecole de médecine de Bruxelles. En 1810, il se rendit à Paris et y fréquenta les cours de la Faculté de médecine.

Les grands événements qui se préparaient en 1812 furent cause que ses parents désirèrent le voir rentrer au foyer paternel. Pour notre regretté confrère le désir d'un père, d'une mère était un ordre. Il revint à Soignies. Mais comme il était profondément entré dans ses goûts de se dévouer à l'humanité souffrante, il crut devoir se présenter aux examens pour l'obtention du titre d'officier de santé, en attendant qu'il pût prendre un grade plus élevé dans la hiérarchie de l'art, à l'exercice duquel il voulait se livrer. Le célèbre professeur de l'Ecole de médecine de Strasbourg, Tourte, qui présidait le jury, avait reconnu dans le jeune Le Roy un de ces hommes d'élite sur lequel il est permis de fonder de grandes espérances. Aussi le recommanda-t-il chaleureusement au préfet du département de Jemmapes, qui le chargea de plusieurs fonctions importantes et notamment du service de l'hôpital militaire de Mons. La fièvre typhoïde qui sévissait au commencement de 1814 dans cet établissement, ne l'ayant point épargné, il fut contraint d'abandonner ce service pour rétablir sa santé gravement compromise. A peine convalescent, Le Roy fut nommé membre de la Commission établie pour le soulagement des militaires malades ou blessés et des prisonniers de guerre. Là encore, notre charitable confrère se voit dans son élément. Il y a des malheureux à secourir, il y a du bien à faire, son cœur généreux répondra à l'appel qui lui est adressé. Non-seulement il emploie toutes les ressources de son art à soulager ces victimes de la guerre, mais le temps qui lui reste, il le consacre à recueillir des secours de toute nature pour les distribuer, avec ses collègues de la Commission, à plus de sept mille prisonniers de guerre et à une multitude de malades et de blessés de toutes nations.

Après la réunion de la Belgique à la Hollande, Le Roy quitta la ville de Mons et vint se fixer à Soignies, sa ville natale. Là, trouvant un peu de temps à consacrer à l'étude, il se prépara à aller recevoir le titre de docteur en médecine à la célèbre Université de Leyde. Son diplôme lui fut délivré le 17 mai 1816.

Nommé médecin des pauvres de plusieurs communes des environs de Soignies, il a continué ce service de dévouement jusqu'en 1837.

En novembre 1823, il fut nommé membre de la Commission médicale

provinciale du Hainaut. En 1839, 1840 et 1841, il fut désigné pour la présider.

A partir de 1830, il a été médecin des hospices et du Bureau de bienfaisance de la ville de Soignies.

En 1832, époque néfaste où le choléra a fait tant de victimes, Le Roy était bourgmestre de la ville qui l'a vu naître. Ce fut une belle occasion pour lui de montrer son inépuisable charité et son dévouement sans bornes. Les mesures qu'il adopta comme magistrat et comme médecin, enrayèrent la marche rapide de cette cruelle épidémie, et Soignies ne compta que soixante-quatre cholériques qui succombèrent aux atteintes du mal. Aussi Sa Majesté voulant récompenser les services qu'il avait rendus, lui décerna la médaille de 1re classe.

Après avoir retracé la carrière charitable et pleine de dévouement de mon regretté collègue, que puis-je y ajouter pour rehausser l'éclat de son nom? Je me bornerai à rappeler qu'il a été nommé, en 1825, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et qu'en 1833, il a été élu membre effectif de la Société provinciale des sciences, des arts et des lettres du Hainaut.

En sa qualité de membre de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Le Roy a fourni divers travaux qui ont été insérés dans la *Bibliothèque médicale, nationale et étrangère,* ainsi que dans le Journal de la Société, qui fait suite à cette première publication périodique. Parmi ces travaux figurent une observation de péritonite aiguë, un travail sur les maladies de la peau, un mémoire sur les avantages de la saignée dans les affections convulsives chez les enfants en bas âge, etc., etc.

L'Académie royale de médecine lui conféra, en 1860, le titre de membre honoraire. Cet hommage spontané de ses confrères fut une douce consolation pour Le Roy, et il le prouva bien, en assistant, malgré son grand âge, à plusieurs de nos séances.

Parlerai-je maintenant de son dévouement à la patrie et de sa carrière administrative? Ceci ne rentre guère dans ma mission; néanmoins je ne puis m'empêcher d'en dire un mot.

En 1830, à cette époque mémorable où la Belgique voulut reconquérir

son indépendance, Le Roy organisa, à Soignies, une compagnie de volontaires qui volèrent au secours de Bruxelles pendant les journées de septembre, et il envoya en même temps des vivres pour aider au ravitaillement de cette ville. Cet acte de dévouement à la cause nationale, lui a mérité la décoration de la croix de Fer.

Dans la même année Le Roy fut appelé par le Gouvernement provisoire aux fonctions de bourgmestre de la ville de Soignies, charge qu'il a remplie jusqu'en 1836. En 1831, il fut nommé commissaire de district, fonctions qu'il a occupées jusqu'en 1847. C'est pour services rendus en cette qualité que Sa Majesté Léopold, voulant donner un témoignage de satisfaction à notre regretté collègue, le nomma, en 1844, chevalier de son ordre.

Voilà, Messieurs, quelle fut la carrière de l'homme que nous pleurons, carrière où la charité et le dévouement ont eu une bien large part.

Quand l'on quitte le monde en laissant d'aussi nobles souvenirs, on ne lègue que des regrets non-seulement à sa famille et à ses amis, mais aussi à tous ceux dont on a été connu.

Adieu donc Le Roy! Adieu cher collègue!! Tu emportes dans la tombe ce qui doit le plus consoler l'homme de bien : l'amour de tes proches, l'estime de tes amis et de tous ceux qui ont entendu prononcer ton nom.

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. VAN COETSEM,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Je viens, au nom de l'Académie royale de médecine, remplir un triste et pieux devoir : je viens dire un dernier adieu à l'un de ses doyens d'âge qu'une mort inopinée lui a ravi.

Il y a à peine quinze jours que nous le voyions encore siéger au milieu de nous. Nous étions loin de prévoir alors qu'il nous serait si tôt enlevé ; car, malgré ses 77 ans, il avait trop de force et de vigueur pour nous inspirer la crainte d'une séparation si rapprochée. Tous, nous avions l'espoir que longtemps encore il prendrait part à nos travaux ; tous, nous comptions beaucoup sur sa vieille et longue expérience pour éclairer nos débats.

L'implacable destin en a décidé autrement : il a tranché le fil de ses jours d'une manière bien inattendue.

Qu'il me soit permis, dans ce triste moment, de mêler ma voix aux regrets de ses amis et aux larmes de sa famille.

On vous a déjà retracé, Messieurs, les services que Van Coetsem a rendus à l'Université et à la ville de Gand, comme professeur et comme

médecin (1). On vous a déjà parlé des distinctions honorifiques que l'homme éminent que nous pleurons a si bien méritées. Enfin l'on a fait ressortir les qualités supérieures qui le distinguaient et qui le faisaient regarder comme un homme de bien par tous ceux qui l'ont connu.

Il me reste, à moi, à vous rappeler les titres que Van Coetsem possède à l'estime de ses collègues, de ses confrères et de ses concitoyens comme membre du corps savant au nom duquel j'ai la mission de prendre la parole.

Si je ne considérais que l'étendue du sujet que j'ai à traiter, j'aurais, Messieurs, à vous parler longuement, trop longuement même pour la triste cérémonie qui nous rassemble. Mais, outre cette considération, il en existe une autre qui me force à abréger beaucoup mon discours : c'est que le temps m'a manqué pour coordonner mes idées et pour faire ressortir tout le mérite du collègue que nous regrettons.

Lorsqu'en 1841, l'auguste Monarque qui préside encore aujourd'hui aux destinées de notre pays, institua l'Académie royale de médecine, Van Coetsem fut un des praticiens que le talent et les œuvres recommandèrent

(1) NOTICE BIOGRAPHIQUE. — Charles-Auguste Van Coetsem naquit à Gand, le 30 mai 1788. Son père, qui le destinait au commerce, l'avait d'abord placé chez un des premiers négociants de cette ville. Malgré le brillant avenir qui paraissait lui être réservé dans cette carrière, l'amour de la science s'empara du jeune Van Coetsem et le porta à embrasser la profession que son père exerçait avec tant d'honneur et de dignité. Il fit de brillantes études à l'ancienne Ecole départementale de Gand, et subit, en 1814, avec la plus grande distinction, ses examens de docteur en médecine à l'Université de Leyde.

Après la bataille de Leipzig, il avait débuté dans la carrière médicale comme aide-major, et il contracta, en soignant les blessés revenus de cette mémorable retraite, le typhus dont il eut le bonheur de guérir.

Après avoir obtenu son diplôme, il exerça son art dans la commune de Melsele pendant quelques mois; mais ses connaissances anatomiques le firent bientôt appeler aux fonctions de prosecteur à l'École de médecine de Gand, où il fut chargé plus tard du cours d'anatomie humaine.

Lorsque le gouvernement néerlandais s'occupa de la réorganisation de l'enseignement supérieur, les talents de Van Coetsem attirèrent son attention, et, grâce aux sympathies du professeur Van Rotterdam, dont il avait été l'élève, il entra, en 1817, comme lecteur à l'Université de Gand et y fut élevé, en 1821, au rang de professeur extraordinaire.

En 1832, il fut chargé par l'Administration communale de Gand d'organiser le service médical dans cette ville, pendant l'épidémie de choléra qui y sévissait. En récompense des services rendus à cette occasion, il obtint du gouvernement la médaille d'or.

En 1835, il fut nommé professeur ordinaire, et, en 1863, l'éméritat vint couronner sa brillante carrière professorale.

à son choix. Par arrêté royal du 19 septembre de cette année, il fut nommé membre titulaire et désigné pour la deuxième Section, qui a dans ses attributions la pathologie médicale et la thérapeutique. C'est dans les travaux de cette Section, et spécialement dans les rapports qu'il a été chargé de faire sur les communications soumises à la Compagnie, que l'on a pu apprécier les éminentes qualités et la science profonde de notre regretté collègue. Ces rapports sont remarquables par la lucidité de vues qui a présidé à leur rédaction et par ce tact médical qui décèle le bon clinicien. Dans toutes les relations scientifiques que nous avons eues avec lui, nous avons pu reconnaître combien étaient grandes la précision de son esprit et la droiture de son jugement.

Dans les discussions auxquelles il a pris part, nous l'avons vu toujours soutenir son opinion avec une conviction profonde. Il était facile de s'apercevoir que ce n'était point à la légère qu'il se prononçait dans les questions soulevées; mais que c'était après mûre réflexion, et à la suite d'un examen approfondi des opinions contradictoires.

Ses collègues savent avec quelle scrupuleuse exactitude il a toujours assisté aux réunions de la Compagnie, malgré son âge, la distance qu'il avait à parcourir et les devoirs inhérents à sa profession. Aussi appréciant son zèle et son mérite voulurent-ils lui donner une marque publique de leur estime et de leur haute considération, en l'appelant, en 1859, à la première vice-présidence de l'Académie. Après avoir rempli, avec une assiduité exemplaire, ces fonctions pendant une période triennale, il manifesta le désir, à cause de son grand âge et des déplacements qu'elles exigeaient, de ne plus voir renouveler son mandat. Le motif était trop plausible pour que la Compagnie ne l'admît pas.

Savant modeste, Van Coetsem n'a jamais cherché à se produire, il n'a jamais couru après la renommée. S'il s'efforçait constamment de sonder les profondeurs de la science et d'en découvrir les secrets, le but de cette étude n'était que de perfectionner l'enseignement qu'il était appelé à donner et l'art à l'exercice duquel il s'était voué.

Au milieu de ses nombreuses occupations, notre estimable confrère a

néanmoins su trouver le temps nécessaire pour publier quelques ouvrages qui seront toujours consultés avec fruit.

Outre divers articles qui ont paru dans des recueils périodiques relatifs aux sciences médicales, il a publié, en latin, en 1825, un *Compendium de pathologie générale* et, en 1827, un *Traité élémentaire de médecine légale.* En 1830, il a produit l'ouvrage intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur l'inflammation aiguë de l'arachnoïde cérébrale, sur l'hémorrhagie circonscrite et sur le ramollissement du cerveau.* Parmi les travaux de Van Coetsem, je dois aussi signaler la *Note relative à un cas remarquable d'helminthiase recueilli à la clinique interne de l'hôpital civil de Gand*, qu'il a communiquée à l'Académie dans la séance du mois d'octobre 1853, et qui a donné lieu à une discussion très-importante que notre regretté collègue a su soutenir avec une vigueur toute juvénile.

Je bornerai là, Messieurs, ce que j'avais à dire sur le savant collègue, sur l'homme de bien que nous pleurons.

J'aurais voulu qu'une voix plus autorisée rappelât mieux que la mienne tous les labeurs de sa carrière académique. Si je n'ai pas été à la hauteur de ma tâche, du moins je suis certain d'avoir été le fidèle interprète des sentiments de la Compagnie dans cette triste circonstance.

Adieu, Van Coetsem, au nom de tes collègues dont tu emportes les regrets dans la tombe, pour la dernière fois, adieu.

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. F-.G. LE ROY,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. J.-R. MARINUS, MEMBRE TITULAIRE ET SECRÉTAIRE-ANNUEL.

MESSIEURS,

C'est au nom de l'Académie royale de médecine que je prends la parole dans cette triste cérémonie, pour rendre un suprême et dernier hommage à la mémoire d'un de ses membres dont la vie, trop tôt éteinte, fut aussi dignement qu'utilement employée.

Ancien ami du savant praticien dont la perte prématurée laisse dans nos cœurs de profonds et légitimes regrets, je ne puis, sans éprouver une certaine émotion, retracer ici la carrière qu'il a parcourue.

Honoré pour la noblesse de son caractère, aimé pour ses qualités du cœur, François-Gaspard Le Roy, soit que nous le suivions dans l'exercice de sa profession, si difficile et si importante au point de vue de la santé publique, soit que nous cherchions à apprécier la part qu'il a prise aux progrès de la science par ses écrits et par son concours aux travaux des corps savants auxquels il appartenait, a fait preuve d'une belle intelligence, d'une aptitude remarquable et d'une conscience scrupuleuse dans l'accomplissement de ses devoirs.

Nore collègue naquit à Soignies, le 9 janvier 1803. Il fit ses humanités

successivement aux colléges de sa ville natale et de Thuin et commença ses études pharmaceutiques en 1823, à l'Ecole de médecine pratique de Bruxelles. Partout il fit de rapides progrès et obtint aux concours de 1824 et 1825, la seconde médaille de géologie et de minéralogie, celle de matière médicale et de thérapeutique, et la première du cours de chimie. Ces distinctions lui valurent la protection de l'un de ses professeurs, le respectable M. Kickx père, qui le fit nommer pharmacien de l'hospice de l'Infirmerie. Il occupa cette place jusqu'en 1829, époque où il se décida à se fixer à Bruxelles et à s'y établir comme pharmacien. Son diplôme, délivré par la Commission médicale de la province de Hainaut, le 26 mai 1826, contient cette mention honorable, « *qu'il a fait preuve de capacité extraordinaire.* » Pendant sa longue pratique qui ne cessa qu'en 1863, Le Roy, qui comprenait la dignité de sa profession, l'exerça avec une entière indépendance, et se montra, en toute occasion, l'ennemi du charlatanisme. Successivement appelé aux fonctions de membre de la Commission médicale de Bruxelles et de la Commission médicale du Brabant, il s'est constamment élevé contre l'abus de l'annonce et de la vente des remèdes secrets prétendus spécifiques.

Nommé pharmacien du Roi en 1854, feu notre vénéré Monarque le chargea à diverses reprises d'analyses chimiques de substances dont il voulait connaître la nature.

Les travaux scientifiques de notre regretté collègue, qui ont pour objet la chimie, la pharmacologie et les sciences naturelles, trop nombreux pour les énumérer ici, lui valurent l'honneur d'appartenir à plusieurs corps savants. Il était membre de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, et de la Société de Flore de la même ville; il était correspondant de la Société de chimie médicale et de celle de pharmacie de Paris, de la Société des pharmaciens du Nord de l'Allemagne, du Cercle pharmaceutique de Liége, de la Société d'agriculture et de botanique de Gand et de la Société médico-chirurgicale de Berlin, et il fut l'un des fondateurs de la Société de pharmacie de Bruxelles, ainsi que du Conseil central de salubrité publique dont il resta membre jusqu'à sa dissolution, et où il fit plusieurs rapports d'un intérêt remarquable au point de vue de

l'hygiène publique. La Société de chimie médicale de Paris l'honora, deux fois, d'une médaille pour la participation active qu'il prenait à ses travaux. Pareille distinction lui fut décernée, en 1849, par le Conseil communal de Bruxelles, en reconnaissance du dévouement dont il avait fait preuve pendant l'épidémie cholérique.

Enfin, le Gouvernement, reconnaissant en lui le savant consciencieux, l'appela, en 1849, à faire partie de la Commission de l'affinage de la Monnaie, chargée de rechercher les moyens d'obvier aux inconvénients que cet établissement présentait sous le rapport de la salubrité. L'année suivante il était nommé, par arrêté royal, membre du jury spécial de pharmacie et ensuite du jury d'examen universitaire, section de pharmacie; fonctions qu'il n'a cessé de remplir jusqu'à la dernière session.

L'Académie royale de médecine ne pouvait rester indifférente aux travaux scientifiques d'un homme dont la vie tout entière avait été consacrée à l'étude, et qui pouvait, par ses connaissances spéciales, lui rendre d'utiles services. Aussi se l'associa-t-elle en le nommant correspondant dans sa séance du 28 octobre 1854, et plus tard, le 28 novembre 1863, en lui conférant le titre de membre titulaire dans la Section de pharmacie, en remplacement de feu M. Davreux.

Comme académicien, Le Roy s'est montré à la hauteur de sa tâche; assidu aux séances de la Compagnie, il a accompli ses devoirs avec zèle et exactitude; toujours il apporta sa part de lumières dans l'examen des questions ressortissant à la Section à laquelle il appartenait. Naguère, à l'occasion du XV$^e$ anniversaire de la fondation de l'Académie, il produisait le compte rendu général des travaux de la Compagnie relatifs à la chimie et à la pharmacie, et, il y a à peine quinze jours, il siégeait encore parmi nous. Rien alors ne faisait pressentir sa fin si prochaine.

L'Académie perd en lui, Messieurs, un de ses membres les plus studieux et les plus sagaces; sa mort prématurée sera suivie d'unanimes regrets.

Aussi bon collègue qu'ami dévoué, Le Roy se distinguait par sa franchise et sa loyauté; son caractère indépendant joint à la bonté de son cœur, lui avaient mérité la considération et l'estime de tous ceux qui ont pu apprécier ses belles qualités.

Je sens que je dois m'arrêter ici : il y a parmi nous une famille affligée que mes paroles ne sauraient consoler. Qu'elle garde du moins la conviction que le souvenir de celui que nous pleurons survivra dans la pensée de ses nombreux amis.

Adieu, Le Roy, au nom de tes collègues, adieu, reçois ici l'expression de nos regrets, et puisses-tu dans le sein de l'Eternel recevoir la récompense due à tes vertus !

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX OBSÈQUES

# DE M. FRANÇOIS,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Un homme de bien par excellence, médecin modeste et consciencieux, professeur savant et zélé, véritable ami de la jeunesse studieuse, le doyen de la Faculté de médecine de Louvain et l'un des plus anciens membres de l'Académie royale de médecine de Belgique, au nom de laquelle je suis appelé à prendre la parole, vient de s'éteindre dans les bras de sa famille éplorée.

C'est pour nous tous, Messieurs, une perte sur laquelle il n'est pas nécessaire d'insister, car elle est de celles que l'on ressent assez vivement pour n'avoir besoin ni de preuves, ni de considérations longuement exposées pour en apprécier, pour en saisir toute l'étendue.

Organe du premier corps savant du pays, dont François faisait partie, je me bornerai à retracer quelques traits qui caractérisent tout particulièrement, comme homme de science, notre regretté collègue.

Tel est le rôle que je me suis choisi, laissant à d'autres le soin de faire ressortir les qualités du bon père de famille, de l'ami dévoué et du professeur distingué qui vient d'être ravi à l'enseignement.

Victor-Joseph François, Belge en vertu de la loi fondamentale du royaume des Pays-Bas, naquit à Lille, le 28 janvier 1790. Après avoir achevé ses études et avoir été reçu docteur en médecine par la Faculté de Paris, le 31 juillet 1813, il s'établit à Mons, où il venait d'être nommé médecin de la prison militaire. Notre jeune confrère s'acquitta d'une manière admirable de la tâche qui lui était confiée. Il rendit d'éminents services aux malheureux soldats envoyés ou laissés dans cette ville par les armées victorieuses ou vaincues, qui, sur le sol de notre patrie, se disputèrent si vivement la victoire, jusqu'en 1815.

Ce fut pour reconnaître ces services que le gouvernement français le nomma, en 1852, chevalier de la Légion d'honneur, récompense tardive, à la vérité, mais qui prouve d'autant mieux qu'elle a été justement décernée, puisque le voile de l'oubli n'avait pas, comme il arrive parfois, fait perdre de vue celui qui l'avait méritée.

La position que François occupa à la prison de Mons contribua beaucoup à faire acquérir au jeune praticien l'expérience et le tact médical qui devaient le rendre un médecin des plus experts et des plus distingués.

Déjà, en 1822, la Commission médicale de la province du Hainaut, appréciant le savoir et les nombreuses qualités qui le distinguaient, voulut se l'attacher et le porta sur la liste de ses candidats présentés au Gouvernement. François fut nommé membre de la Commission, et quelque temps après il en devenait secrétaire, puis enfin, président. Ces distinctions flatteuses disent assez que notre regretté collègue, quoique bien jeune encore, avait néanmoins su conquérir assez d'estime et de considération pour être jugé digne d'être investi de ces importantes fonctions.

Il fut l'un des fondateurs de la *Bibliothèque médicale nationale et étrangère,* et fit insérer dans ce journal plusieurs communications importantes. Qu'il me soit permis, Messieurs, de signaler la vaste étendue de connaissances, la conviction forte et profonde, le zèle ardent pour la science dont ce cher collègue fit preuve pendant sa collaboration à ce recueil. Il contribua largement à donner une vive impulsion aux études médicales, impulsion d'autant plus nécessaire alors, que les malheurs du

temps avaient pesé lourdement sur le pays et retardé la marche des sciences.

En 1832, François publia son important Mémoire sur les gangrènes spontanées, travail couronné, en 1830, par la Société royale de médecine de Bordeaux. La circonstance qui se présente n'est pas opportune pour faire ressortir la valeur de cet ouvrage qui, à lui seul, pourrait suffire à faire placer l'homme que nous pleurons au rang des médecins les plus expérimentés et les plus instruits.

Bien d'autres publications de François mériteraient encore une mention particulière, mais, dans ce jour de deuil, je suis forcé de les passer sous silence; car ce n'est pas, ce me semble, le lieu d'en montrer la valeur. Elles seront, du reste, exposées et appréciées, en d'autres temps et en d'autres lieux, mieux que je pourrais le faire. Qu'il me suffise, pour en constater le mérite, de dire qu'une foule de sociétés scientifiques belges et étrangères ont tenu à honneur de s'associer notre regretté confrère, en lui conférant le titre de membre.

En 1838, l'Université catholique, appréciant le docteur François, comme il méritait de l'être, lui confia une chaire dans la Faculté de médecine. Il ne m'appartient pas d'exposer les services qu'il a rendus à cet établissement pendant les trente années qu'il y fut attaché. Je me borne à constater qu'il s'est rendu utile aux jeunes générations, non-seulement par son enseignement, mais encore par l'exemple continu de son noble caractère, par une grande ardeur à l'étude, par une grande régularité d'habitudes et d'impulsions morales.

Choisi l'un des premiers, en 1841, pour faire partie de l'Académie royale de médecine, il y fut toujours aimé, respecté, honoré et écouté avec la plus grande déférence par ses collègues. Il y travailla avec un zèle et une ardeur qui ne se ralentirent jamais. Son remarquable travail sur les convulsions idiopathiques de la face, ouvre la série des mémoires publiés par la Compagnie. Il serait trop long d'énumérer ici les autres communications, toutes fort intéressantes, qu'il a faites à l'Académie. Citons cependant encore l'éloge de Philippe Verheyen, lu dans la séance solennelle

du 31 octobre 1847, et dans lequel il fit si admirablement ressortir le génie et la vertu du célèbre anatomiste belge.

Au moment où la mort est venue trancher le fil de ses jours, il allait soumettre à la Compagnie dix rapports sur diverses communications relatives au choléra, et il se proposait de lire bientôt les autres rapports qu'il avait en partie préparés sur les nombreux travaux envoyés à l'Académie touchant cette cruelle affection.

Vous le voyez, Messieurs, jusqu'à ses derniers moments François tint à montrer qu'être membre d'une Académie n'est pas un titre simplement honorifique, mais une fonction qui impose le devoir de travailler constamment au progrès de la science.

En 1863, ses collègues voulurent lui exprimer leur estime et leurs sentiments de haute considération en le nommant premier vice-président de la Compagnie. Mais son âge avancé et sa modestie le portèrent à se méfier de lui-même, et il les pria de le décharger d'une fonction qu'il regardait comme au-dessus de ses forces.

En 1847, le Gouvernement voulant, comme le dit l'arrêté, reconnaître et récompenser, par un témoignage public de satisfaction, les services rendus par le docteur François, à la science médicale et à l'administration, le nomma chevalier de l'Ordre de Léopold. A l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de la Compagnie, célébré en 1866, il fut promu au grade d'officier dans le même Ordre.

Tout le monde applaudit à ces marques de distinction, parce qu'il était évident pour tous qu'elles étaient bien méritées.

Cher collègue, vous venez d'obéir à la grande loi de la nature, mais quoique vous ayez cessé d'être au milieu de nous, nous conserverons dans nos cœurs le culte de votre mémoire; nous espérons que Dieu vous a accordé, dans l'autre monde, la légitime récompense des vertus et des travaux qui ont ennobli votre existence et votre carrière.

Au nom de l'Académie royale de médecine, adieu Francois, adieu, cher et bien-aimé collègue !!!

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. L. VAN BIERVLIET,

MEMBRE HONORAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Une bien triste cérémonie m'appelle à prendre de nouveau la parole à Louvain. Il y a quatre mois à peine qu'au nom de l'Académie royale de médecine, dont je suis encore en ce moment l'organe, je venais dire adieu à un membre du corps professoral de l'Université catholique. J'étais loin de penser alors que j'aurais bientôt le même devoir à remplir envers un vénérable collègue que la mort vient d'enlever à l'amour de sa famille, à l'affection de ses nombreux amis, de ses collègues de l'Académie, des professeurs et des élèves de l'Université, en un mot, de tous ceux qui ont eu des relations avec lui. Van Biervliet jouissait encore, à cette époque, d'une santé relativement bonne, et rien ne faisait présager une fin aussi prochaine. O triste fragilité de la vie humaine!... Le souffle qui nous anime tient à un fil tellement léger qu'un rien, mille petites causes diverses peuvent l'anéantir au moment où il paraît agir dans toute sa force.

Antoine-Louis Van Biervliet naquit à Iseghem, le 20 août 1802. Il fit, avec grand succès, ses études humanitaires au collége de Roulers, et ses études universitaires à Gand. Le 19 juillet 1827, le diplôme de docteur en

médecine lui fut conféré. Notre jeune praticien débuta à Courtrai dans la carrière qu'il avait embrassée. L'assiduité qu'il mit à soigner ses malades, le zèle qu'il apporta à soulager l'humanité souffrante, sans distinction de rang ou de fortune, lui gagnèrent tous les cœurs. Il ne fut pas longtemps à Courtrai sans avoir conquis l'estime et la considération qui n'arrivent le plus souvent qu'après bien des années.

En 1832, lorsque l'épidémie meurtrière du choléra vint s'abattre une première fois sur nos provinces, Van Biervliet, alors président de la Commission médicale locale, exposa sa santé, sa vie même, par trop de fatigues, pour disputer quelques victimes au fléau. Il fallait le voir, prodiguant jour et nuit des soins de toute nature aux malades, encourageant les parents et les assistants à redoubler de zèle et d'efforts, montrant lui-même comment il fallait s'y prendre pour ranimer l'étincelle de vie qui allait s'échapper si les moyens curatifs étaient négligés.

Van Biervliet en agissait ainsi, parce que le zèle du médecin était uni au zèle de l'homme religieux : en sauvant ses semblables, il voulait bien mériter de l'humanité et se rendre agréable à Dieu.

Lorsqu'en 1835, la Faculté de médecine fut créée à l'Université catholique, la chaire de physiologie fut confiée au docteur Van Biervliet. Il était là dans son véritable élément, car s'instruire et instruire les autres, tels ont toujours été les deux nobles buts de sa vie.

Des voix plus autorisées que la mienne exposeront les mérites du défunt comme membre du corps professoral de l'Université dans laquelle il a enseigné pendant trente-trois ans. Je n'empiéterai donc point sur le terrain d'autrui ; l'esquisse que j'essaie de tracer est déjà une tâche assez grande pour que je craigne de rester beaucoup au-dessous de ce qu'elle m'impose.

Vous, Messieurs, qui avez vécu à ses côtés, vous suppléerez facilement à ce que je pourrais omettre, ayant eu à peine le temps de recueillir mes souvenirs pour prendre la parole à ce moment suprême où la terre va recouvrir les restes inanimés du professeur, de l'ami qui vient de nous être ravi.

Notre regretté collègue était homme de science, il se livrait à l'étude avec l'ardeur et la ténacité requises pour en sonder les profondeurs.

Il a publié des ouvrages dont je m'abstiendrai de faire ressortir le mérite : la circonstance ne se prêtant guère à cette digression.

Les *Premiers éléments de physiologie humaine et comparée* ont d'abord paru; les *Éléments de pathologie générale* et les *Causeries sur la santé* vinrent ensuite. Il a aussi traduit et commenté les *Préceptes de l'École de Salerne.*

Laissez-moi maintenant, Messieurs, vous parler de quelques précieuses qualités de l'homme de bien dont le corps va descendre dans la tombe.

Bon père de famille par excellence, il mit tout son bonheur à élever ses enfants dans les principes religieux auxquels il était lui-même fermement et sincèrement attaché; il ne cessa de surveiller leur éducation et leur instruction. Où chercha-t-il le peu de joie, de plaisir, de satisfaction, que l'on peut trouver dans cette vie, habituellement pleine de misères, de déceptions et de chagrins? Il le chercha uniquement dans le sein de sa famille. Là se concentraient les objets de son affection, en même temps que de son bonheur. Une épouse qu'il aimait tendrement, des enfants auxquels il portait une affection des plus grandes, des sœurs auxquelles il était sincèrement attaché, voilà les personnes qui comblaient les vides qui auraient tenté de se former dans son cœur.

Lorsque les devoirs de sa charge lui en laissaient le loisir, il s'empressait de se rendre à Thielt, dans l'institut de la Sainte-Famille, créé et dirigé par ses sœurs. Il y reposait son esprit, il y épanchait son cœur. Là encore, il trouvait moyen de se rendre utile en donnant un cours d'hygiène aux élèves de l'école normale de l'État. Il revenait ensuite à ses occupations ordinaires, sans amertume, sans regrets et sans remords, ce que procurent rarement les vains et futiles plaisirs de ce monde.

Van Biervliet, homme modeste et peu ambitieux, n'a jamais cherché à se produire. Que lui importaient les honneurs, les dignités ? Nous l'avons déjà dit, ce n'était pas dans ces vains hochets de la vanité qu'il cherchait le bonheur : il savait le trouver ailleurs.

Trop pénétré de l'instabilité et de la fragilité des choses de ce monde

pour les rechercher, pour s'y attacher, il portait plus haut ses vues ; la vie à venir lui présentait à lui, homme de foi, un attrait plus solide. Aussi se préparait-il avec le plus grand soin à franchir sans crainte le passage de la vie à l'éternité.

Son âme s'est dégagée de ses liens avec cette sérénité, cette quiétude, cette assurance qui président chez les hommes justes au moment solennel !

Nous venons de considérer le confrère que nous pleurons, comme praticien, comme savant et comme homme de probité ; voyons maintenant quels ont été ses titres à la dignité de membre honoraire de l'Académie royale de médecine, à laquelle il a été élevé.

En 1858, le savant professeur de Louvain avait soumis à la Compagnie un travail sur une *hémorrhagie ovarique :* l'Académie en vota l'impression dans son Bulletin, à la suite d'un rapport dans lequel il est dit que non-seulement le fait qui a servi de point de départ à cette communication, mais les considérations dont l'auteur l'a entouré, y donnent un haut degré d'intérêt.

En 1860, notre regretté collègue présenta à la Compagnie un autre mémoire qui n'offrait pas un moindre intérêt, au point de vue de la physiologie. Ce mémoire, intitulé : *De l'action de la salive parotidienne de l'homme sur la fécule des aliments amylacés,* fut soumis à une Commission qui se livra à un sérieux examen. Critique sévère, expériences nouvelles, rien ne fut négligé pour vérifier si les opinions et les expériences du professeur de Louvain pouvaient être admises comme fondées. Le rapporteur conclut enfin qu'elles présentaient un intérêt physiologique incontestable, et proposa d'insérer dans le Bulletin le mémoire qui les exposait. Cette conclusion fut unanimement adoptée.

En 1862, l'Académie voulut s'attacher Van Biervliet en qualité de membre honoraire, persuadée qu'elle était que son zèle, son amour pour la science, lui avaient bien mérité cette haute distinction. C'était peut-être la seule qu'il ambitionnât. Aussi s'y montra-t-il sensible et prouva-t-il qu'elle était dans ses goûts en assistant aussi régulièrement qu'il lui fût possible aux séances de la Compagnie.

Dans une discussion, actuellement encore ouverte sur des questions de

physiologie qui rentrent plus spécialement dans les objets de ses études, il prit plusieurs fois la parole et fit preuve de beaucoup de sagacité, de profondeur de vues et de rectitude de jugement. L'implacable mort ne lui a pas permis de dire son dernier mot dans cette discussion.

Adieu, noble et bien cher ami, collègue vénéré, adieu ! Nous garderons pieusement votre souvenir; nous n'oublierons point les exemples que vous nous avez donnés. Recevez nos derniers devoirs, et que l'hommage de la douleur de vos collègues, de vos confrères, de vos élèves et de vos amis adoucisse la perte cruelle qu'éprouve votre famille !

# DISCOURS

PRONONCÉ

AUX FUNÉRAILLES

# DE M. VAN ROOSBROECK,

MEMBRE TITULAIRE;

PAR

M. TALLOIS, SECRÉTAIRE DE L'ACADÉMIE.

MESSIEURS,

Appelé à faire partie de la députation qui représente l'Académie royale de médecine dans la pénible cérémonie qui nous rassemble autour de cette tombe, je considère comme un devoir de me faire l'interprète des regrets unanimes des collègues de celui que la mort inexorable vient d'enlever.

Je crains, Messieurs, de rester beaucoup au-dessous de ma tâche. Par un concours fortuit de circonstances, je n'ai connu qu'hier très-tard la triste nouvelle; à peine ai-je eu le temps de recueillir quelques souvenirs et de les coordonner. Je laisse donc à d'autres le soin de rappeler les qualités qui distinguèrent Van Roosbroeck comme professeur, comme praticien et comme homme privé; je me bornerai à énumérer succinctement les titres qui rendent sa mémoire impérissable à l'Académie royale de médecine.

Joseph-Julien Van Roosbroeck naquit à Louvain le 9 janvier 1810. Il fit ses études dans sa ville natale et fut reçu docteur en 1833. Le 19 avril 1838, il fut nommé professeur extraordinaire à l'Université de Gand et chargé de donner le cours d'hygiène, ainsi que le cours théorique et clinique d'ophthalmologie. Le 26 juillet 1854, il fut promu au grade de professeur ordinaire.

Lorsque Van Roosbroeck fut appelé à faire partie de la Compagnie en qualité de correspondant, il n'avait fait aucune démarche pour obtenir cette faveur; mais ses publications et la renommée qu'il s'était acquise comme ophthalmologue, comme oculiste et comme hygiéniste, l'avaient désigné au choix des membres de l'Académie pour être associé à leurs travaux. Ce fut le 28 avril 1860 qu'il fut élu. Dès l'année suivante, Van Roosbroeck tint à prouver qu'il ne considérait pas son nouveau titre comme purement honorifique : il lut un mémoire sur la myopie dans lequel il exposa le résultat de ses recherches ophthalmoscopiques sur les yeux des myopes et s'efforça de démontrer que loin d'être toujours l'effet d'un état physiologique particulier de l'œil, comme on la considère assez généralement, la myopie est, au contraire, dans la majorité des cas, un symptôme d'une maladie essentielle.

Il fut décidé, à l'unanimité des membres présents, que ce travail serait imprimé dans le Recueil des Mémoires de la Compagnie.

Van Roosbroeck, Messieurs, ne devait pas rester longtemps au rang de correspondant. En 1863, une place de membre titulaire devint vacante dans la quatrième Section, qui a l'hygiène et la médecine légale dans ses attributions. Notre regretté collègue, qui depuis plusieurs années donnait, à l'Université de Gand, les cours ayant ces branches d'études pour objet, fut proposé par les membres de la Section pour occuper cette place, et l'Académie le nomma le 11 juillet 1863.

Ce fut précisément dans la séance de ce jour que notre estimable collègue acheva son remarquable discours sur l'ophthalmie militaire et qu'il fit l'application aux affections oculaires des principes professés par le célèbre professeur de Berlin, Virchow, dans ses leçons sur la pathologie cellulaire. Si Van Roosbroeck ne parvint pas à amener ses adversaires à partager ses convictions, ils durent toutefois reconnaître qu'il avait exposé ses idées avec beaucoup de clarté et de logique. Le talent dont notre regretté collègue fit preuve dans cette circonstance ne fut même point sans exercer une heureuse influence sur le scrutin qui devait le faire proclamer membre titulaire dans le comité secret qui suivit la séance.

Le nouveau titre qui venait d'être conféré à Van Roosbroeck lui imposait

des devoirs qu'il a constamment remplis avec la plus scrupuleuse exactitude. Jamais il n'a manqué d'assister aux séances de la Compagnie, à moins qu'un empêchement de force majeure ne lui permît pas de s'y rendre.

Il mettait un zèle tout particulier à examiner les travaux qui lui étaient soumis et rédigeait les rapports dont il était chargé avec tout le soin désirable. En les parcourant, l'on s'aperçoit qu'il s'était d'avance bien pénétré de son sujet et qu'il avait à cœur de n'avancer que ce qui ne pouvait être légitimement contredit.

Il me reste, Messieurs, à parler des travaux que Van Roosbroeck a publiés. Je me bornerai à les indiquer, le temps m'ayant manqué pour en faire l'analyse, afin de pouvoir en faire ressortir le mérite; la circonstance, du reste, ne se prête guère à un exposé scientifique de ses œuvres.

En 1836, il présenta à la Société de philosophie expérimentale de Rotterdam un mémoire sur la rosée, qui fut couronné et imprimé par les soins de ce corps savant.

En 1841, il fit paraître un petit travail sous le titre de : *Coup d'œil sur l'opération de la pupille artificielle,* et, en 1843, une brochure qu'il intitula : *Précis de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.*

En 1853, il publia son *Cours d'ophthalmologie,* en deux volumes, ouvrage classique, qui était à la hauteur de la science à cette époque.

Les *Annales d'oculistique* contiennent, en outre, divers articles dus à la plume de notre regretté collègue.

Cet exposé suffit, Messieurs, pour donner une idée de la perte que la science et l'Académie de médecine en particulier ont faite dans la personne de celui que Dieu vient de rappeler à lui, à un âge peu avancé.

D'un caractère loyal, obligeant et affectueux, Van Roosbroeck emporte dans la tombe les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Oui, cher collègue, ce n'est pas seulement l'amour de ta famille éplorée qui t'accompagne dans l'éternité, l'estime de tes nombreux amis restera toujours attachée à ta mémoire.

Adieu Van Roosbroeck, au nom de tes collègues à l'Académie, adieu !

# PROGRAMME

DES

# QUESTIONS PROPOSEES PAR L'ACADEMIE.

## CONCOURS DE 1862-1864.

Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches, la formation des globules du sang.

Prix : Une médaille de 1,500 francs. — Clôture du concours : 15 juin 1864.

## CONCOURS DE 1864-1866.

### PREMIÈRE QUESTION.

Faites l'histoire de la glycosurie en insistant particulièrement sur les causes, la nature et le traitement de la maladie.

Prix : Une médaille de 800 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1865.

### DEUXIÈME QUESTION.

Exposer en l'appréciant le mouvement scientifique médical qui s'est produit, depuis 1835, dans les établissements d'instruction supérieure et les corps savants de la Belgique.

Prix : Une médaille de 1,000 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1865.

TROISIÈME QUESTION.

Constater par des observations et des expériences, les effets de l'usage et de l'abus du tabac chez l'homme sain.

Prix : Une médaille de 300 francs. — Clôture du concours : 1er juillet 1865.

QUATRIÈME QUESTION.

Faire connaître les caractères de la maladie connue sous la dénomination de typhus charbonneux, qui attaque les animaux domestiques; indiquer ses causes, les moyens thérapeutiques à y opposer et ceux à l'aide desquels on peut en empêcher le développement.

Prix : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1866.

CINQUIÈME QUESTION.

Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement par de nouvelles expériences les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire.

Prix : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1866.

---

L'Académie se réserve, en outre, de décerner deux médailles, de 300 francs chacune, aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales, qu'elle aura reçus pendant l'année 1864, et qu'elle aura d'ailleurs jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur.

---

CONDITIONS DU CONCOURS.

Les Mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand,

seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés, *francs de port*, au Secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles.

Les planches qui seraient jointes aux Mémoires, doivent être également manuscrites.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront sur un pli cacheté renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés, ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant, et ceux qui parviendraient au Secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des Mémoires jugés par la Compagnie sont déposés dans ses archives, comme étant devenus sa propriété; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au Secrétariat de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres honoraires et titulaires ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les auteurs des Mémoires dont elle aura ordonné l'impression en totalité ou par extraits, auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le Bureau d'administration.

Bruxelles, le 24 décembre 1863.

*Le Secrétaire de l'Académie,*

Dr TALLOIS.

# PROGRAMME

DES

# QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE.

## CONCOURS DE 1864-1866.

### PREMIÈRE QUESTION.

Faites l'histoire de la glycosurie en insistant particulièrement sur les causes, la nature et le traitement de la maladie.

Prix : Une médaille de 800 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1865.

### DEUXIÈME QUESTION.

Exposer en l'appréciant le mouvement scientifique médical qui s'est produit, depuis 1835, dans les établissements d'instruction supérieure et les corps savants de la Belgique.

Prix : Une médaille de 1,000 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1865.

### TROISIÈME QUESTION.

Constater par des observations et des expériences, les effets de l'usage et de l'abus du tabac chez l'homme sain.

Prix : Une médaille de 300 francs. — Clôture du concours : 1er juillet 1865.

### QUATRIÈME QUESTION.

Faire connaître les caractères de la maladie connue sous la dénomination de typhus charbonneux, qui attaque les animaux domestiques; indiquer

ses causes, les moyens thérapeutiques à y opposer et ceux à l'aide desquels on peut en empêcher le développement.

PRIX : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1866.

CINQUIÈME QUESTION.

Faire l'histoire chimiqne de la digitaline, en établir nettement, par de nouvelles expériences, les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire.

PRIX : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1866.

## CONCOURS DE 1865-1868.

SIXIÈME QUESTION.

Faites l'histoire de la vie et des écrits de J.-B. Van Helmont, considéré comme médecin; exposez ses doctrines médicales, discutez-en la valeur, et établissez clairement l'influence qu'elles ont exercée sur la science et la pratique de la médecine.

PRIX : Une médaille de 1,200 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1866.

L'Académie désire que l'exposé des doctrines de Van Helmont soit appuyé de preuves puisées dans ses ouvrages mêmes, et non empruntées aux écrits de ses commentateurs ou de ses traducteurs, où ces doctrines sont souvent tronquées et dénaturées.

SEPTIÈME QUESTION.

Des cancers dits chirurgicaux, considérés surtout au point de vue thérapeutique.

PRIX : Une médaille de 1,200 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1867.

HUITIÈME QUESTION.

Faire l'étude chimique et pharmaceutique de la tanaisie (*tanacetum vulgare*).

PRIX : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1^er^ avril 1867.

NEUVIÈME QUESTION.

Rechercher quelles sont les fonctions dévolues aux diverses parties de l'encéphale, en prenant pour bases de ses investigations, des expériences sur les animaux vivants, des observations cliniques et nécroscopiques, ainsi que les données fournies par l'histologie et l'anatomie comparée.

PRIX : Une médaille de 1,500 francs. — Clôture du concours : 1^er^ avril 1868.

---

L'Académie se réserve, en outre, de décerner deux médailles, de 300 francs chacune, aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales, qu'elle aura reçus pendant l'année 1865, et qu'elle aura d'ailleurs jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur.

La forme usitée pour les concours n'est point requise dans la présentation de ces Mémoires.

---

CONDITIONS DU CONCOURS.

Les Mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir ; ils devront être adressés, *francs de port,* au Secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles.

Les planches qui seraient jointes aux Mémoires, doivent être également manuscrites.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations,

demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront sur un pli cacheté renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés, ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant, et ceux qui parviendraient au Secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des Mémoires jugés par la Compagnie sont déposés dans ses archives, comme étant devenus sa propriété; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au Secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres honoraires et titulaires ne peuvent point prendre part aux concours;

2° Que les auteurs des Mémoires dont elle aura ordonné l'impression en totalité ou par extraits, auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le Bureau d'administration.

Bruxelles, le 28 janvier 1865.

*Le Secrétaire de l'Académie,*

Dr TALLOIS.

# PROGRAMME

DES

# QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE.

## CONCOURS DE 1865-1868.

### PREMIÈRE QUESTION.

Des cancers dits chirurgicaux, considérés surtout au point de vue thérapeutique.

Prix : Une médaille de 1,200 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1867.

### DEUXIÈME QUESTION.

Faire l'étude chimique et pharmaceutique de la tanaisie (*tanacetum vulgare*).

Prix : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1867.

### TROISIÈME QUESTION.

Rechercher quelles sont les fonctions dévolues aux diverses parties de l'encéphale, en prenant pour bases de ses investigations des expériences sur les animaux vivants, des observations cliniques et nécroscopiques, ainsi que les données fournies par l'histologie et l'anatomie comparée.

Prix : Une médaille de 1,500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1868.

## CONCOURS DE 1866-1869.

### QUATRIÈME QUESTION.

Faites l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement, par de nouvelles expériences, les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire.

PRIX : Une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 1er avril 1868.

Sans vouloir indiquer la marche à suivre, pour résoudre la question, l'Académie fait néanmoins remarquer qu'il est indispensable que des expériences physiologiques soient faites à l'effet de déterminer la valeur médicinale des principes extraits de la digitale.

### CINQUIÈME QUESTION.

Exposer et discuter les moyens prophylactiques que, d'après les faits et les expériences, l'on peut opposer à l'invasion et à la propagation du choléra.

PRIX : Une médaille de 1,000 francs. — Clôture du concours : 1er janvier 1869.

### SIXIÈME QUESTION.

Faire connaître les symptômes, les causes, les lésions anatomiques et la nature du typhus contagieux épizootique, considéré dans les différentes espèces d'animaux qui sont susceptibles de contracter cette maladie, et exposer les caractères différentiels des diverses autres affections typhoïdes avec lesquelles celle-ci pourrait être confondue.

PRIX : Une médaille de 1,200 francs. — Clôture du concours : 1er janvier 1869.

L'Académie se réserve, en outre, de décerner deux médailles de 300 francs chacune, aux auteurs des deux mémoires manuscrits relatifs aux sciences médicales, qu'elle aura reçus pendant l'année 1866, et qu'elle aura d'ailleurs jugé dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à participer à cette faveur.

La forme usitée pour les concours n'est point requise dans la présentation de ces mémoires.

---

CONDITIONS DU CONCOURS.

Les Mémoires, écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand, seront seuls admis à concourir; ils devront être adressés, *francs de port,* au Secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles.

Les planches qui seraient jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, demande aux auteurs d'indiquer les éditions et les pages des livres qu'ils citeront.

Les auteurs ne mettront point leur nom à leur ouvrage, mais seulement une devise qu'ils répéteront sur un pli cacheté renfermant leur nom et leur adresse. Les billets attachés aux écrits non couronnés ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient déjà été publiés ou présentés à un autre corps savant, et ceux qui parviendraient au Secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des Mémoires jugés par la Compagnie sont déposés dans ses archives, comme étant devenus sa propriété; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au Secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres honoraires et titulaires ne peuvent point prendre part aux concours ;

2° Que les auteurs des Mémoires dont elle aura ordonné l'impression en totalité ou par extraits, auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le Bureau d'administration.

Bruxelles, le 24 novembre 1866.

*Le Secrétaire de l'Académie,*
Dr TALLOIS.

# II.

# MÉMOIRES.

MÉMOIRES
DE
L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

# DES MOYENS DE RÉDUCTION DU VOLUME DU CRANE ET PLUS SPÉCIALEMENT DE SA TRANSFORATION ET DE LA SPHÉNOTRÉSIE (1),

PAR M. LE DOCTEUR L.-J. HUBERT, DE LOUVAIN,
Membre titulaire de l'Académie.

En donnant au sphénoïde le nom qu'il porte encore aujourd'hui, les anciens anatomistes ont prouvé qu'ils considéraient déjà cet os comme la clef de voûte de l'édifice crânien (2). De leur côté, les accoucheurs savent par expérience que pour obtenir une réduction considérable de la tête, il faut absolument en attaquer la base. De là le céphalotribe de Baudelocque, neveu, le forceps-scie de M. Vanhuevel, le diatrypteur de Didot et le crânioclaste de Simpson.

Le nouvel instrument que nous proposons a le même but, mais il le remplit d'une autre manière.

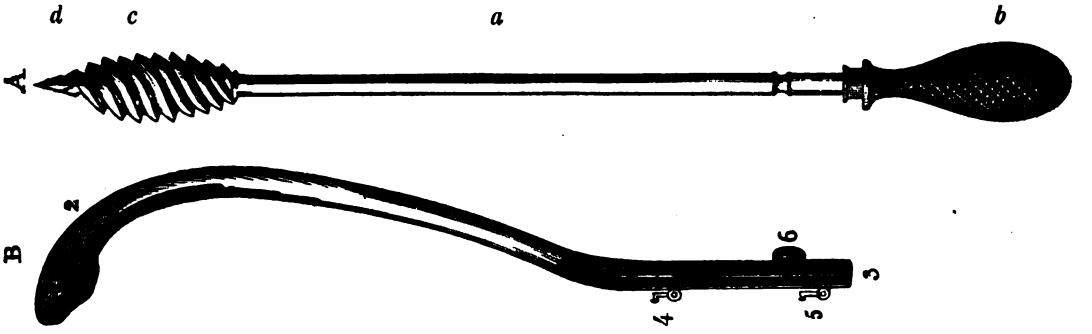
(1) De σφήν-σφηνός, coin, clef de voûte, os sphénoïde, et de τρῆσις, perforation. L'opération peut aussi s'appeler transforation et l'instrument transforateur.

(2) Si l'os sphénoïde est la véritable clef de voûte du crâne, les rochers des os temporaux en sont les culées.

En supposant une présentation du sommet de la tête, il en perfore d'abord la voûte, puis la base elle-même. Il attaque surtout le sphénoïde, qu'il crible de trous et il enlève ainsi aux autres os leur point d'appui, leur soutien commun.

L'opération se réduit à ceci : traverser la voûte du crâne avec le terebellum, broyer le cerveau, placer du côté de la face de l'enfant une cuiller protectrice, perforer l'os sphénoïde à plusieurs reprises, puis confier à la nature l'expulsion de la tête ou se servir de l'instrument comme d'une pince pour en opérer l'extraction.

L'instrument se compose donc de deux pièces (fig. *A* et *B*).




*A*. Le terebellum, perce-crâne, perforateur ou transforateur, consiste en une tige d'acier très-solide, *a*, montée sur une poignée, *b*, et surmontée d'une sorte de poire, *c*, qui est parcourue par un triple pas de vis et terminée par un poinçon, *d*, semblable à celui des troquarts.

*B*. La branche protectrice ou branche femelle ressemble beaucoup à une branche de forceps, mais elle est plus étroite, car elle n'a que 32 millimètres de largeur.

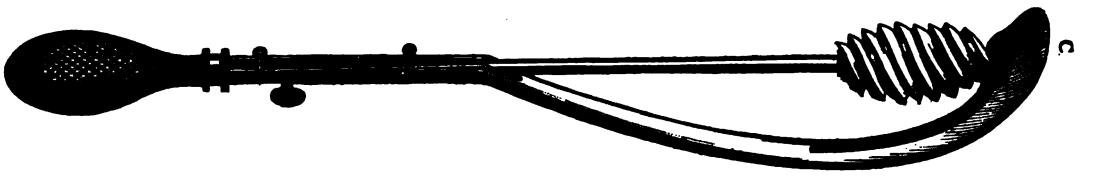
Elle présente une cuiller, dont le bec, 2, un peu renflé est percé d'un trou évasé, assez large et se continuant avec une fenêtre étroite.

Son manche est constitué par une gouttière, 3, destinée à recevoir la tige du terebellum.

Sur l'un des bords de cette gouttière se trouvent deux clavettes, 4 et 5, mobiles sur pivot.

Enfin, sur l'une des faces latérales de cette même gouttière, il existe une petite vis de pression, 6, qui immobilise complétement les deux pièces

de l'instrument et en fait ce que nous appelons la *pince* ou la *pince extractive,* car elle est destinée à l'extraction (fig. *C*).



MODE D'EMPLOI.

A. *Présentations du sommet de la tête.* — La vessie et le rectum, étant au besoin, vidés :

1) On masque d'abord bien tout le poinçon du transforateur, au moyen d'un gros morceau de cire vierge et on graisse la cuiller et la gouttière de la branche protectrice.

2) On constate de quel côté du bassin la face de l'enfant se trouve dirigée (1).

(1) Lorsqu'un vice du bassin fait présumer que la crâniotomie deviendra nécessaire, on doit s'attacher de bonne heure à reconnaître la position *par le toucher*, *par l'auscultation* et *par le palper abdominal.* Ce dernier moyen permet presque toujours de constater au moins de quel côté sont les membres et partant la face du fœtus, et c'est, à la rigueur, tout ce qu'il faut pour la transforation. Si ce diagnostic n'a pu être fait à temps, on l'établit lorsque la main se trouve introduite dans le bassin. On peut encore l'établir ou le confirmer quand le terebellum a pénétré dans le crâne, car, pour peu qu'on se soit exercé à cette sorte de sondage ou de cathétérisme, on reconnaît sans trop de peine la concavité de l'os occipital, son grand trou, le rocher du temporal, la gouttière basilaire, et par conséquent la direction du sphénoïde. Lorsque la branche protectrice est appliquée et articulée, si on l'attire avec une certaine force vers le bas, tandis qu'on pousse sur le perforateur, l'épaisseur de l'os compris entre les extrémités supérieures des deux pièces de l'instrument se traduit, en bas, par la distance qui sépare la gouttière de l'une de la poignée de l'autre. Le degré d'épaisseur et de résistance des os qu'on traverse nous apprend d'ailleurs bientôt si le terebellum agit du côté de l'occiput ou du côté de la face. Une erreur de diagnostic nous exposerait tout au plus à devoir reporter la branche protectrice de l'autre côté du bassin, sans nous laisser le regret d'avoir fait une besogne inutile, surtout si l'une des premières perforations avait atteint la partie postérieure du rocher ou l'apophyse mastoïde.

Si avant la perforation de la voûte ou même après avoir sondé la base du crâne, on n'avait aucune donnée diagnostique,on introduirait la branche protectrice à droite, parce que c'est de ce côté que la face se trouve le plus souvent — et si, après avoir pratiqué deux ou trois trous, dans la base, on remarquait qu'on ne traverse chaque fois que des os minces, on retirerait la branche protectrice seule et on la reporterait à gauche. Disons seulement — que *quand on veut enlever ou déplacer la branche protectrice, il faut toujours avoir soin de ramener au préalable la poire du terebellum dans la cavité crânienne.*

3) La femme étant, au besoin, soumise au chloroforme (1) et placée sur le dos (2) comme pour une application de forceps au détroit supérieur, on introduit les cinq doigts (3) de la main gauche jusqu'à la racine du pouce et l'on place la poire du terebellum dans le creux palmaire, pour qu'elle pénètre dans le bassin avant les éminences thénar et hypothénar.

Lorsque la main et l'instrument sont dans le vagin, on dirige le poinçon sur le point du crâne que l'on veut attaquer (4) et on l'implante au moins dans le cuir chevelu.

Si toute la main est dans le bassin — et il faut toujours tâcher de l'y faire pénétrer — on empoigne alors largement la tête, pendant qu'un aide soutient d'une main le fond de l'utérus et appuie de l'autre sur l'hypogastre, pour bien fixer le crâne sur le détroit supérieur.

On enfonce en même temps le poinçon perpendiculairement à la tangente dans l'os ou dans une suture ou une fontanelle; puis, par des mouvements de rotation, on le fait pénétrer jusqu'à ce que le défaut de résistance indique que toute la poire est logée dans la boîte osseuse (5).

L'instrument dirigé en tout sens opère aisément la trituration de la

(1) L'opération est si peu douloureuse que l'on peut généralement se dispenser de recourir aux anesthésiques.

(2) Lorsque le perforateur est bien fixé dans la voûte du crâne, il y a souvent avantage à coucher la femme sur le flanc gauche. Il ne faut pour cela retirer ni la main ni l'instrument. Un aide fléchit la jambe droite sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, et il fait passer le membre ainsi raccourci au-dessus du bras de l'accoucheur, pendant qu'un autre aide incline le tronc sur le côté voulu. Cette position sur le flanc gauche peut-être indiquée d'emblée, lorsque la vulve est déviée en arrière ou lorsque le ventre pend fortement en besace, comme cela se voit assez souvent chez les pluripares dans les cas de vice extrême de conformation (voir nos observations XI et XII). Elle permet à l'instrument de prendre mieux la direction de l'axe du détroit supérieur et d'atteindre plus sûrement la base du crâne. Elle n'est nullement gênante pour l'opérateur et ses avantages sont tels, qu'il y a peut-être lieu de se demander si elle ne devrait pas, dans tous les cas, être préférée au décubitus dorsal.

(3) Nous conseillons généralement d'introduire toute la main, mais il est évident, que quatre doigts suffisent, au besoin, pour guider sûrement le perforateur jusque contre le cuir chevelu.

(4) Lorsque la tête est encore mobile — et qu'en même temps elle est déviée, on essaie d'abord de la redresser et d'en ramener la voûte vers le centre du détroit supérieur, afin d'en rendre la base plus facilement accessible au transforateur. Ce redressement peut aussi s'opérer au moyen de l'instrument, après la première transforation, comme nous le disons plus loin, p. 9.

(5) Dès qu'on a constaté que l'instrument a mordu dans les os, on doit avoir soin d'en tenir le manche assez fortement porté en arrière.

pulpe cérébrale; puis il explore la base du crâne et s'il reconnaît bien la gouttière basilaire ou le corps du sphénoïde, il s'y implante à la profondeur de quelques millimètres (1); au cas contraire, il est laissé libre dans la boîte crânienne.

4) Saisissant alors la branche protectrice de la main droite et la guidant de la main gauche restée dans les parties, l'accoucheur l'introduit du côté de la face ou de la tempe, sans crainte d'écarter plus ou moins la tête quand la chose est nécessaire (2) et il articule (3).

5) Il s'agit alors de pratiquer les perforations de la base, de l'attaquer en des points différents et aussi rapprochés que possible de son centre ou plutôt de sa ligne médiane. A cet effet, il faut se rappeler que la tête est le plus souvent inclinée de manière que sa voûte est dirigée un peu en arrière et, par conséquent, sa base plus ou moins en avant. Pour atteindre celle-ci, il faut donc que le terebellum et partant le bec de la branche protectrice se portent en avant, autant que faire se peut. Supposons la face transversalement à droite et la cuiller appliquée sur la tempe gauche, au

(1) Lorsqu'on reconnait bien le grand trou occipital, rien n'est plus facile que de trouver la gouttière basilaire et le sphénoïde — et c'est là une chose très-importante, puisqu'une seule perforation pratiquée sur ces points suffirait presque toujours. Ces points étant bien reconnus, on y implantera donc immédiatement le poinçon, l'introduction de la branche protectrice dût-elle en devenir un peu moins facile. Mais il ne faudrait pas considérer le succès de l'opération comme compromis, parce que le corps du sphénoïde ne serait pas atteint d'emblée, ni même plus tard : la fracture de ses ailes et celle de l'un des rochers suffisent très-souvent, même quand l'étroitesse pelvienne est portée très-loin. (V. Observ.). Si l'on n'est pas bien sûr du point à attaquer, on laisse la poire du transforateur libre dans le crâne, jusqu'à ce que la branche protectrice soit appliquée.

(2) La branche protectrice pénètre ainsi aisément jusqu'au-dessus de la tête. Si elle rencontrait quelque obstacle, c'est qu'elle heurterait contre le cou, contre le thorax ou contre une épaule, comme il arrive parfois aussi aux cuillers du forceps. Il faudrait alors en tourner le bec directement en avant ou même un peu en dehors, puis l'abaisser en le ramenant en dedans, vers le centre du bassin. Nous venons de dire que la branche protectrice s'introduit d'abord du côté de la face. Cependant dans les cas de retrécissement extrême (65 millimètres ou au-dessous), mieux vaut la placer en premier lieu vers l'occiput et pratiquer deux ou trois trous dans l'os occipital et l'apophyse mastoïde, puis pratiquer quelques légères tractions, non pour extraire la tête, mais pour abaisser l'occiput et rendre par là la face et le sphénoïde plus facilement et plus sûrement accessibles.

(3) L'articulation des branches ne pourrait offrir de difficulté sérieuse que si le perforateur était engagé dans le grand trou occipital. Pour lever l'obstacle il suffirait d'abaisser le terebellum et de changer sa direction.

devant de l'articulation sacro-iliaque droite. L'instrument étant articulé, on en portera le manche *aussi fortement que possible en arrière,* pour que le bec de la cuiller glisse de la tempe sur la joue, sur le menton ou sur un autre point de la mâchoire inférieure.

Cela fait, on *pousse* en ligne droite, et avec une certaine force, le terebellum contre la paroi du crâne, où il doit s'implanter solidement pendant que de l'autre main on *tire,* aussi en ligne droite, sur la branche protectrice pour bien l'appliquer sur la tête (1). Il ne reste alors qu'à imprimer des mouvements de rotation au perforateur pour qu'un premier trou soit pratiqué (2). Mais il ne suffit pas que la pointe traverse l'os, il faut aussi que la partie renflée de la poire le traverse pour élargir l'ouverture. Lorsque la poignée du terebellum vient en contact avec la gouttière de la branche protectrice, on imprime donc encore à l'instrument deux tours entiers que nous appelons *complémentaires,* puisqu'ils ont pour but de compléter la perforation.

6) Le premier trou étant ainsi pratiqué, on ramène par des mouvements de rotation — en sens inverse des premiers — la poire du terebellum dans le crâne, jusque contre l'ouverture de la voûte, où deux doigts vont facilement constater sa présence. Sans désarticuler l'instrument, il faut alors changer sa direction ou au moins son point d'application sur la tête, ce qui peut se faire de trois manières. Après avoir enfoncé la cuiller de deux

(1) Dans les présentations du sommet, il faut ainsi tirer sur la branche protectrice et pousser sur le terebellum jusqu'à ce que la distance qui sépare la gouttière de l'une de la poignée de l'autre soit tout au plus de trois travers de doigt. Le poinçon étant contre la base du crâne, si cette distance dépasse 5 1/2 à 6 centimètres, c'est que la branche protectrice est trop haut — et il faut l'abaisser en tirant dessus, comme nous venons de le dire.

Lorsque le terebellum est bien implanté dans la base, si la femme est sur le flanc, on la remet sur le dos.

(2) La perforation doit se faire avec une *certaine lenteur* s'il ne s'agit que d'un os mince, comme à la voûte du crâne et dans quelques régions de la base ; mais on y va à grands traits lorsqu'on rencontre un os épais et résistant, car il y a tout avantage à le fracturer ou à le fêler, en même temps qu'on le perfore.

Comment savoir s'il est mince ou épais? On le sait bientôt au degré de résistance que l'on rencontre, mais — nous l'avons dit déjà — on peut le savoir même avant de mettre le perforateur en mouvement. En effet, quand on a bien amené la cuiller sur le crâne et poussé le poinçon dans sa base, l'épaisseur de l'os interposé entre les extrémités supérieures de l'instrument se mesure en bas par la distance qui sépare la gouttière de la branche protectrice de la poignée du terebellum.

à trois centimètres plus profondément, 1) on se borne à en tourner le bec plus en dedans d'abord, puis plus en dehors, et on pratique ainsi deux nouveaux trous situés à côté du premier ou confondus avec lui et l'élargissant. 2) Par un mouvement spiral ou mieux par un mouvement de scie, on ramène la branche protectrice sur le côté du bassin et mieux encore — quand on le peut — derrière la cavité cotyloïde, en ayant soin d'en diriger toujours le mors vers le centre du canal (1). 3) Enfin, si la tête est encore mobile, on peut se servir des deux branches de l'instrument, momentanément fixées l'une sur l'autre au moyen de la vis latérale, pour abaisser le trou pratiqué dans la base. A cet effet. on ramène le manche en avant et prenant son point d'appui contre le pubis, on l'emploie comme un levier dont l'extrémité supérieure s'abaisse par l'élévation de l'inférieure. On rend alors les deux branches de l'instrument libres — sans les désarticuler — et la poire du terebellum étant rentrée dans le crâne — on en reporte le manche fortement en arrière, en même temps qu'on enfonce plus profondément la cuiller pour qu'elle aille s'appliquer sur un autre point du crâne.

Le nombre des perforations à pratiquer dans la base du crâne doit se calculer d'après l'épaisseur et la résistance des os traversés par l'instrument et surtout d'après le degré de rétrécissement du bassin. Deux peuvent suffire, quand la disproportion n'est pas très-considérable, comme dans les cas d'enclavement de la tête, mais on les multiplie autant que de besoin quand l'étroitesse du canal est extrême. On les répète toutes les fois que les tentatives d'extraction rencontrent une résistance quelque peu notable; mieux vaut, en tout cas, en pratiquer deux de trop qu'une de trop peu.

On pourrait le plus souvent, après la transforation, confier à l'organisme l'expulsion de la tête — et c'est peut-être le meilleur parti à prendre lorsque l'état général du sujet est bon, que les parties ne sont ni trop irritées ni trop gonflées et qu'en même temps les contractions utérines con-

(1) Nous avons dit déjà que chaque fois qu'on veut changer la position de la branche protectrice, on doit préalablement faire rentrer le terebellum à l'intérieur du crâne. Ajoutons que pour chaque nouvelle perforation, il faut toujours, avant d'imprimer au terebellum son mouvement de spire, bien l'implanter dans l'os, en même temps que par une traction suffisante sur la branche protectrice on en applique exactement le bec sur la surface du crâne.

servent quelque énergie. Si on se décide à attendre, un bâtonnet armé d'une ficelle et introduit dans le crâne ou un autre tire-tête que nous décrirons plus loin, peut servir à exercer de temps en temps quelques tractions au moment des douleurs et à maintenir la perforation de la voûte au centre du canal à parcourir (1). Cependant comme la terminaison immédiate est généralement désirable et qu'elle est le plus souvent possible, nous croyons qu'il convient, avant de se décider à l'expectation, de faire quelque tentative prudente d'extraction. A cet effet, un dernier trou étant pratiqué, sans imprimer au terebellum ses tours complémentaires, c'est-à-dire, de manière que la poire ne se dégage pas du crâne, on assujettit les deux branches de l'instrument et on les convertit ainsi en une pince solide, au moyen de la petite vis latérale.

7) Les tractions, exercées de préférence au moment des douleurs doivent être légères et *très-lentes*, car il importe de donner à la pulpe cérébrale le temps de s'évacuer et à la tête celui de se réduire peu à peu.

Si l'on rencontre une résistance un peu sérieuse, on se garde bien de vouloir la surmonter de vive force. L'instrument est encore en place et l'on s'en sert pour pratiquer incontinent quelques nouvelles perforations qui lèvent l'obstacle (2).

Dans l'extraction il faut consulter les résistances et les suivre, en laissant en quelque sorte la tête prendre la direction qui lui convient. Il faut aussi porter deux ou trois doigts le long du perforateur, jusque contre le crâne pour maintenir les petites esquilles qui pourraient se trouver au pourtour de l'ouverture de la voûte (3).

(1) Si la nature se montrait impuissante, on aurait encore la ressource du seigle ergoté, du forceps ordinaire, du levier, et du crânioclaste, sans compter celle de nouvelles perforations.

(2) Si cela ne suffit pas, on peut essayer de donner une autre situation à la branche protectrice, en la reportant soit de l'autre côté du bassin, soit vers un autre point du côté qu'elle occupe. Nous avons quelquefois vu ce simple changement de position rendre immédiatement l'extraction facile. (Voir observations.)

(3) De petites esquilles peuvent se produire ici comme après la perforation ordinaire. Mais les doigts suffisent pour les tenir écartées des parois du col et du vagin. Au besoin d'ailleurs, on peut les enlever par arrachement ou par résection ou bien les refouler vers l'intérieur du crâne au moyen d'un bourdonnet d'ouate. Du côté de la base, il n'y a rien à craindre, car il ne s'y produit jamais d'esquilles saillantes.

B. *Présentations de la face.* — Les présentations de la face sont très-favorables à la sphénotrésie, mais dans le manuel opératoire il faut distinguer si le menton est dirigé en avant, transversalement ou en arrière.

a) *Positions mento-antérieures.* — Le terebellum peut être enfoncé dans la voûte palatine, dans la narine ou dans la joue antérieure.

Lorsqu'il y est bien implanté, on introduit la branche protectrice du côté de l'occiput, on articule et on traverse la tête de part en part.

On ramène alors le perforateur *jusqu'au-dessous de la face,* où l'on va constater sa présence; on change un peu la direction de l'instrument et l'on pratique, de la même manière, une seconde, une troisième, en un mot, autant de transforations qu'il est nécessaire (1).

Si la pulpe cérébrale ne s'évacuait pas bien, la poire du terebellum étant dans la boîte crânienne, on désarticulerait momentanément l'instrument, on broierait le cerveau, puis on réarticulerait pour terminer l'opération.

b) *Positions mento-transversales.* — L'instrument peut encore pénétrer par la narine antérieure ou mieux s'implanter dans l'os maxillaire supérieur qui se trouve en avant, soit par la bouche dont on attire à soi la commissure, soit à travers la joue.

Le reste de la manœuvre se fait comme dans le cas précédent.

c) *Positions mento-postérieures.* — Ici le terebellum attaque la grande fontanelle, la suture médio-frontale ou la bosse coronale antérieure et la branche protectrice se place, non du côté de l'occiput, mais du côté du menton qu'elle ne doit dépasser que de quelques centimètres.

Ici aussi, après chaque perforation de la base, on se borne à ramener le terebellum dans le crâne et à modifier un peu sa direction avant de pratiquer la perforation suivante.

Si l'extraction présentait quelque difficulté, on pourrait cependant, après avoir rentré la poire dans la boîte crânienne, retirer la branche protectrice seule et la réintroduire du côté de l'occiput, pour y percer un ou deux trous avant de tenter de nouveau l'extraction.

(1) Ici les tours complémentaires sont inutiles ou du moins on peut se contenter de les exécuter une seule fois.

C. *Présentations pelviennes.* — Si la face n'est pas dirigée en arrière, il faut d'abord, par les moyens connus, la reporter dans ce sens.

Il faut ensuite avec deux doigts aller accrocher la mâchoire inférieure, charger un aide de relever le tronc de l'enfant vers le pubis et un autre d'appliquer, avec une certaine force, ses deux mains sur le fond de l'utérus, pour immobiliser le crâne sur le détroit supérieur.

Les choses étant ainsi disposées, le poinçon est conduit sur la main jusque dans le *triangle sous-maxillaire* où il s'implante, à travers les parties molles, dans la voûte palatine.

La branche protectrice est alors appliquée du côté de la face, et quand elle est articulée on pratique la transforation.

On ramène ensuite la poire *jusqu'au-dessous de la mâchoire inférieure,* et l'on change sa direction pour transpercer une seconde fois la tête, et ainsi de suite.

Lorsqu'on rencontre quelque difficulté à accrocher ou à bien fixer la mâchoire inférieure, on doit placer la branche protectrice avant d'introduire le terebellum. Peut-être même il y aurait-il avantage à procéder toujours de cette façon. La cuiller portée vers le front donne plus de fixité à la tête et rend l'introduction du poinçon plus sûre et plus inoffensive. (V. obs. XVII).

Dans l'extraction, il faut s'abstenir de tirer sur le tronc, car les vertèbres supérieures du cou peuvent avoir été entamées et céder au moindre effort.

### EXPÉRIENCES.

On comprend que nous n'avons pas appliqué notre instrument sur la femme vivante sans l'avoir d'abord essayé sur des bassins secs. Avant de rappeler les expériences auxquelles nous nous sommes livré, nous devons prévenir une objection qu'on ne manquera pas de nous faire : *on n'opère pas sur le vivant comme sur un squelette.* Cela est très-vrai. Il est incontestable que l'instrument se place plus aisément dans un bassin sec que dans un bassin garni de ses parties molles. Mais ce qui n'est pas moins positif pour celui qui en a fait l'essai, c'est qu'une tête, entière ou écrasée,

s'extrait plus difficilement sur le cadavre et *à fortiori* sur un bassin sec que sur une femme vivante. Tout récemment encore, une femme était apportée à la Maternité dans un état très-grave résultant d'une hémorrhagie interne par rupture du col et du corps de la matrice. La tête se trouvait enclavée dans un diamètre sacro-pubien de huit centimètres. Le forceps fut appliqué et des efforts assez considérables, mais non excessifs, amenèrent un enfant volumineux et mort.

Le surlendemain, après l'autopsie de cette femme, la tête du même enfant, encore plus ou moins aplatie, fut placée dans la même position et très-régulièrement saisie par le forceps. Eh bien, quelque force qu'il ait déployée, l'élève le plus vigoureux du cours ne parvint pas à l'extraire. C'est que le crâne d'un petit cadavre refroidi, est plus dur ou moins souple que celui d'un fœtus encore renfermé dans le sein de sa mère; c'est que l'enduit onctueux qui recouvre le cuir chevelu de celui-ci et les mucosités qui lubréfient les organes d'une femme en travail favorisent singulièrement le glissement des surfaces en contact.

Nous croyons donc rester dans le vrai en disant que si, dans nos expériences, nous n'avons pas rencontré de difficultés pour l'application de la branche protectrice (application qui n'est d'ailleurs jamais bien difficile, même sur le vivant), par contre, la *réduction* et l'*extraction* de la tête ont dû s'effectuer moins aisément, par le fait que nous opérions sur un cadavre refroidi et sur un bassin sec.

La plupart de nos expériences ont été faites sur un bassin ostéomalacique dont voici les principales dimensions :

| | | |
|---|---|---|
| Partie du diamètre sacro-pubien restée perméable . . | 51 | millim. |
| Ligne sacro-cotyloïdienne gauche . . . . . | 49 | » |
| » » » droite . . . . . | 47 | » |
| Entre les ischions . . . . . | 67 | » |
| Entre les branches ischio-pubiennes, prises vers leur milieu | 23 | » |

Sur ce bassin en forme de cœur de carte à jouer, avec bec de cane constitué par les pubis, dont les surfaces articulaires sont tournées en avant, nous plaçons, sans la ramollir et sans l'enduire d'un corps gras, la

tête d'un enfant de 4 kilogrammes, né la veille dans un état apoplectique, dont on n'a pu le tirer. L'occiput étant tourné transversalement à gauche, un des élèves présents perfore le pariétal droit, broie le cerveau et place la branche protectrice au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite ; puis il articule et fait jouer le terebellum qui va sortir à la partie-postéro-inférieure de la tempe gauche, un peu en avant de l'oreille.

La poire est ramenée dans le crâne et la branche protectrice portée un peu plus vers l'extrémité du diamètre transverse. Le perforateur traverse cette fois l'ethmoïde et le nez. Un troisième trou est pratiqué de la même manière, mais il ne fait guère qu'élargir le précédent, ce que l'opérateur soupçonne au défaut de résistance qu'il rencontre.

Ces perforations auraient pu être plus heureuses, puisque la première n'avait pas atteint l'os sphénoïde et que les deux autres s'étaient confondues. Néanmoins, elles permettent d'extraire la tête sans déployer une très-grande force et, après l'extraction, la pression de nos doigts suffit pour appliquer les os pariétaux l'un contre l'autre.

Il s'agissait peut-être d'une tête exceptionnelle! Oui, mais exceptionnelle par son volume, car

| | | |
|---|---|---|
| Le diamètre bipariétal mesurait . . . . . | 101 | millim. |
| » sous-occipito-bregmatique . . . . . | 109 | » |
| » occipito-frontal . . . . . | 118 | » |
| » occipito-mentonnier . . . . . | 141 | » |

Le diamètre bipariétal avait donc subi une réduction d'au moins 5 centimètres pour traverser le sacro-pubien et cela malgré la brièveté des deux lignes sacro-cotyloïdiennes (49 et 47 millimètres) (1).

(1) On donne généralement 95 millimètres d'étendue au diamètre bipariétal, mais il n'est pas rare de ne lui trouver que 90 millimètres et moins encore.

Dans sa première série d'expériences, M. Hersent ne donne comme moyenne des cinq têtes sur lesquelles il a opéré, que 3 p. 8/10 l., soit 82 millimètres au diamètre bipariétal.

Dans la seconde série, 15 têtes présentaient comme moyenne de ce même diamètre : 3 p. 1 l. et 1/5 l. soit 84 millimètres.

Dans la troisième série, comprenant 10 têtes, cette moyenne était de 3 p. 3/10 l. ou 82 millimètres.
(*Encyclopédie des sciences médicales*, t. 17e, p. 71, 72, 73.)

En supposant un diamètre bipariétal de 85 et même de 90 millimètres, une réduction de 5 centimètres lui permettrait de traverser un bassin de 4 centimètres.

Et notons bien que cette réduction aurait pu être portée plus loin par quelques nouvelles perforations, qu'elle se fût mieux opérée sur un *fœtus in utero,* et que, *cæteris paribus,* l'extraction eût été bien plus facile sur une femme vivante.

Prenons encore une tête exceptionnellement grosse : celle d'un enfant fort, mort de convulsions, au troisième jour. Elle est couverte de cheveux noirs, longs, abondants, et elle présente les dimensions suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre bipariétal . . . . . | 102 | millim. |
| » sous-occipito-bregmatique . . . . . | 101 | » |
| » occipito-frontal . . . . . | 120 | » |
| » occipito-mentonnier. . . . . | 132 | » |

Elle est placée sur le même bassin en position occipito-cotyloïdienne gauche.

Je perfore le pariétal droit, je broie la substance cérébrale et la branche protectrice étant appliquée sur la face, j'imprime des mouvements de rotation au terebellum qui va traverser la lèvre supérieure.

Le perforateur est ramené dans le crâne, la branche protectrice est reportée un peu en arrière et le terebellum sort en dedans de l'angle gauche de la mâchoire inférieure.

La résistance rencontrée dans ces deux perforations me donne la certitude que le sphénoïde est atteint. Aussi la tête cède-t-elle vite à quelques tractions exercées sur la pince, et elle est tellement démolie que le cuir chevelu et les sutures étant incisés de l'occiput à la racine du nez, les deux valves se laissent renverser, retourner en dehors, comme le feraient les écailles d'une huître, sur une charnière unissant un de leurs bords.

Nous pourrions multiplier les exemples, car nous avons expérimenté sur plus de vingt têtes, mais à quoi bon, lorsque les résultats sont toujours à peu près les mêmes? Disons seulement que le nombre des perforations a dû varier selon les os entamés, mais qu'il n'a jamais été au delà de quatre ou cinq.

Voici maintenant une expérience faite par M. le docteur Sovet, fils, sur un bassin rachitique, aplati d'avant en arrière et dont le diamètre sacro-pubien est réduit à 5 centimètres juste, au moyen d'un morceau de carton

fixé sur la face antérieure du sacrum. Sur le détroit supérieur ainsi rétréci se trouve placée, en position transversale gauche, la tête d'un enfant volumineux, mort-né de la veille.

Les dimensions de cette tête sont les suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre bipariétal. . . . . | 99 | millim. |
| » sous-occipito-bregmatique. . . . . | 101 | » |
| » occipito-frontal . . . . . | 120 | » |
| » occipito-mentonnier. . . . . | 131 | » |

Il faut donc obtenir une réduction de 49 millimètres pour ramener exactement le diamètre bipariétal à la dimension du sacro-pubien (99 — 49 = 50).

Une première perforation de la voûte et de la base est faite du côté de l'occiput, puis le terebellum étant retiré dans la boîte osseuse, la branche protectrice est seule extraite pour être immédiatement reportée à droite, au devant de l'articulation sacro-iliaque. Le perforateur traverse d'abord la tempe gauche, puis sort deux fois par la bouche et se dégage une dernière fois près de l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Quelques tractions sur la pince suffisent dès lors pour extraire cette tête toute démantibulée.

Dans ces conditions, en supposant qu'il eût divisé la tête de la manière la plus heureuse, le forceps-scie aurait donné deux segments de 49 1/2 millimètres à bords saillants et rudes, qu'il eût fallu extraire successivement d'une filière de 50 millimètres au moyen de pinces sujettes à glisser ou à emporter pièce, en laissant des aspérités aiguës plus dangereuses que les bords de la section osseuse.

***Bassin rachitique,*** réduit à ***4 centimètres*** de diamètre sacro-pubien au moyen de morceaux de carton fixés sur le sacrum.

Enfant né mort, par le pelvis, la veille. La tête n'est pas déformée, et elle présente :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 97 | millimètres | de | diamètre | bipariétal ; |
| 101 | » | » | » | sous-occipito-bregmatique ; |
| 115 | » | » | » | occipito-frontal ; |
| 137 | » | » | » | occipito-mentonnier. |

Elle est placée en position occipito-iliaque gauche, légèrement postérieure. Deux trous sont pratiqués à gauche, du côté de l'occiput, et quatre à droite, du côté de la face. La selle turcique est entamée. Néanmoins, des tractions assez énergiques sont insuffisantes. La branche protectrice est de nouveau reportée à gauche, un nouveau trou est fait dans l'occiput, puis la pince est appliquée sur un autre point du même côté. L'extraction exige encore des efforts considérables, quoique de beaucoup inférieurs à ceux qu'on exerce souvent avec le forceps ordinaire sur une tête enclavée.

Cette expérience me fait penser que, sur la femme vivante, si le bassin était réduit à 4 centimètres, il faudrait pratiquer 2 ou 3 trous du côté de l'occiput et 5 à 6 du côté de la face, puis laisser agir la nature et attendre 2 à 4 heures. Si, au bout de ce temps, le diamètre bi-zygomatique qui reste toujours le plus long, se trouvait arrêté, ce ne pourrait être qu'au détroit supérieur, où il serait plus facile de l'attaquer de nouveau.

Même bassin disposé comme dans l'expérience précédente, c'est-à-dire réduit à 4 centimètres. Enfant né le 4 novembre 1860, mort de convulsions le 11.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Diamètre | biparietal. . . . . | 97 | millim. | |
| » | sous-occipito-bregmatique. | 100 | » | |
| » | occipito-frontal . . . . | 124 | » | |
| » | occipito-mentonnier . . | 135 | » | |
| » | bi-malaire . . . . . | 87 | » | (avant l'expér.). |
| » | » . . . . . | 57 | » | (après l'expér.). |

La tête est placée en position occipito-iliaque gauche, un peu postérieure. Deux trous sont pratiqués du côté de l'occiput, puis quatre du côté de la face. De ce côté surtout, les os présentent à l'instrument la résistance du bois, résistance de beaucoup supérieure à celle que l'on rencontre quand on opère sur le fœtus *in utero*. L'instrument étant enlevé, j'essaie l'extraction au moyen d'un tire-tête à ficelle, mais la corde est mauvaise et elle se casse. Le transforateur est réappliqué, et quand il a fait un nouveau

trou du côté de la face, quelques tractions énergiques terminent la besogne.

La selle turcique était percée à son centre, le rocher du temporal gauche brisé, l'os occipital troué en deux points. Toute la tête était aplatie de l'occiput à la face, mais le diamètre bi-malaire conservait 56 millimètres d'étendue et il n'avait pu traverser le diamètre sacro-pubien qu'en s'y présentant de biais.

Nous ne dirons pas que *sur ce bassin* réduit à 4 centimètres et presque tout plat en arrière, il soit facile, même après deux ou trois perforations du côté de l'occiput et quatre ou cinq du côté de la face, d'extraire la tête, mais du moins n'avons-nous pas employé autant de force qu'on en emploie souvent avec le forceps ordinaire, et puis, il faut le remarquer, dans la dernière expérience surtout, non-seulement le crâne dépassait notablement le volume moyen, mais encore ses os étaient beaucoup plus durs que chez les mort-nés, et les surfaces de glissement se trouvaient dans des conditions bien moins favorables que sur la femme vivante.

Nous ne désespérerions donc pas d'extraire un fœtus d'un bassin de quatre centimètres, surtout en répétant, au besoin, nos séances, comme le fait M. le professeur Pajot pour la céphalotripsie. Nous n'affirmons pas que, dans ces conditions, nous réussirions toujours, ni même le plus souvent, mais nous disons que le succès est certainement possible.

### OBSERVATIONS.

Nous arrivons aux faits observés dans la pratique, c'est-à-dire sur la femme vivante.

Ici nous avons besoin de nous adresser à l'indulgence de nos confrères, car nous avons quelques fautes à confesser. Nous les avouerons en toute sincérité, espérant qu'on les comprendra et qu'on voudra bien admettre les circonstances atténuantes.

L'instrument n'a pas été d'emblée ce qu'il est aujourd'hui et ce n'est pas sans tâtonnements préalables que nous avons appris à le manier. Le manche du terebellum était d'abord trop long et trop mince, ce qui lui

permettait de s'infléchir ; sa poire n'était pas terminée par un poinçon, mais par les trois pointes des pas de vis, assez écartées l'une de l'autre et formant une sorte de trépied exposé à glisser sur les surfaces convexes de la voûte ou sur les plans inclinés des saillies osseuses que présente la face interne de la base du crâne. Or, ces saillies ou reliefs appartiennent surtout au sphénoïde et au rocher de l'os temporal, qu'il importe tout particulièrement de démolir et qui souvent échappaient ainsi à l'action de l'instrument. Cette même disposition (longueur et flexibilité des branches) permettait parfois aussi à la pince de lâcher prise.

Ainsi donc, perforations moins faciles, moins promptes, moins efficaces; extraction moins sûre et, comme conséquence, confiance moindre de notre part, telles sont les circonstances qui nous ont d'abord fait hésiter dans quelques cas et qui ont influé sur la marche et même sur les résultats de l'opération. Ajoutons que si nous considérions l'os sphénoïde comme la clef de voûte du crâne, nous n'avions pourtant pas une idée complétement exacte des effets étonnants produits par sa démolition et que, par suite, nous ne nous attachions pas toujours assez à l'atteindre plutôt que tout autre os. L'expérience nous a appris, d'autre part, que si la destruction du sphénoïde est le but désirable, il n'est pourtant pas indispensable que le *corps* de cet os soit traversé par l'instrument. Lorsque ses aîles, d'un côté, et le rocher du temporal sont atteints, toute la moitié correspondante du crâne se laisse bientôt enfoncer, puis le pariétal opposé se déprime à son tour et, de l'occiput à la face, la boîte osseuse se réduit à un gâteau de quelques centimètres. Le diamètre bi-malaire conserve, dans ce cas, environ 54 millimètres, mais il peut traverser un bassin de dimension égale et même inférieure à la sienne, soit en s'inclinant, soit en pivotant vers un diamètre plus étendu. En supposant d'ailleurs qu'après l'engagement de la partie aplatie du crâne, le diamètre bi-zygomatique soit arrêté, il correspondra alors exactement au détroit supérieur et quelques nouvelles perforations auront toute chance d'atteindre le corps du sphénoïde et de lever l'obstacle.

Observation I. — *Primipare. Diamètre sacro-pubien et bis-ischiatique de 69 millimètres. Position occipito-iliaque gauche. Forceps appliqué à trois reprises. État très-grave. Transforation du crâne. Extraction facile. Phlébite ; mort au 25e jour.*

Marie X..., 30 ans, primipare, d'une taille moyenne, ne présente pas de signes bien apparents de vice de conformation. Elle a éprouvé les premières douleurs et perdu ses eaux le 19 janvier 1861.

Le 22, on lui prescrit six doses de seigle ergoté et on applique le forceps à 4, à 7 et à 9 heures du soir. Après avoir fait des tractions considérables et très-prolongées (la femme dit que les dernières ont duré deux heures), ses accoucheurs l'envoient à la Maternité, où elle entre vers minuit.

Elle est très-pâle, elle a la peau froide, le pouls petit, accéléré, l'œil hagard et comme voilé. Elle vomit immédiatement tout ce qu'elle prend pour étancher une soif des plus vives. Le ventre est sensible à la moindre pression et l'utérus est fortement rétracté sur l'enfant, dont nous distinguons les pieds dirigés en haut, à droite et un peu en arrière. Les bruits du cœur, cherchés à diverses reprises, ne sont pas perçus.

Il s'écoule un peu de sang par le vagin et la malade dit en avoir perdu beaucoup. Les organes génitaux externes sont bleuâtres et un peu gonflés; le vagin étroit, sec et sensible. Le col de la matrice, à peu près complétement dilaté, présente des déchirures et une partie de son pourtour conserve une résistance assez notable. Le cuir chevelu est considérablement tuméfié, sans descendre beaucoup au-dessous du niveau du col, et la tête n'est pas franchement engagée dans le détroit supérieur.

Le caput succédaneum, joint à l'étroitesse, à la fermeté et à la sensibilité des parties, m'empêche de mesurer autrement qu'avec les doigts les dimensions du bassin. J'évalue les diamètres sacro-pubien et bis-ischiatique à 7 1/2 *centimètres,* au plus.

Vu l'extrême dépression des forces, je prescris d'abord de l'eau vineuse avec de la teinture de cannelle et du laudanum. J'introduis alors la main gauche et sur elle le terebellum jusque contre le cuir chevelu; je perfore la voûte du crâne, je broie le cerveau et je porte la branche protectrice en

arrière et à droite. L'instrument étant articulé, je fais successivement trois trous dans la base. Je me proposais de reporter alors la branche femelle de l'autre côté du bassin, mais ayant d'abord exercé quelques tractions et sentant que la tête descend et se réduit à mesure qu'elle se vide, je les continue peu à peu, agissant toujours avec douceur, et je termine l'accouchement sans devoir employer la moitié de la force ordinairement nécessaire pour extraire avec le forceps une tête d'un bassin normal. L'extraction du tronc exige seule quelques efforts un peu plus considérables. L'enfant est d'un bon volume moyen.

Sauf l'introduction de la main que l'irritation et l'étroitesse des parties avaient rendue plus ou moins douloureuse, toute l'opération avait été facile, prompte et n'avait causé aucune souffrance. Aussi, cette malheureuse ne savait-elle comment nous remercier, ni dire assez combien elle regrettait de n'être pas venue plus tôt.

Nous avons dit combien son état était grave à son entrée dans l'établissement. Cependant il s'amenda peu à peu et si bien qu'au douzième jour nous croyions la malade sauvée, mais elle présenta alors tous les signes d'une phlegmasia alba dolens et elle fut transportée à l'hôpital où elle succomba le vingt-cinquième jour à une phlébite suppurée du membre inférieur gauche, avec infiltration de pus dans le tissu cellulaire du bassin.

Le canal pelvien un peu aplati d'avant en arrière présentait très-exactement 69 millim. dans ses deux diamètres sacro-pubien et bis-ischiatique.

Observation II. — *Primipare. Bassin de* 80 *millimètres. Travail de* 7 *jours. Premier enfant, légèrement putride, extrait au moyen du forceps. Le second présente la face, en position mento-transversale gauche. Spasme utérin. Transforation; extraction relativement facile. Rétention de l'un des délivres pendant* 10 *jours. Phlébite; abcès; mort au* 40e *jour.*

Une femme de Tervueren, primipare, âgée de 38 ans, à terme, avait perdu ses eaux le 3 *juillet* 1861 : la dilatation du col et l'engagement de la tête s'étaient opérés avec une extrême lenteur, de sorte que le 10 seu-

lement, à 4 heures de relevée, MM. Tielemans frères, avaient amené non sans devoir faire des efforts considérables, une petite fille légèrement putride et d'un volume médiocre.

Ils avaient ensuite constaté qu'un second enfant se présentait par la face, en position mento-transversale gauche, mais comme il restait très-élevé et que les douleurs avaient complétement cessé, ils me firent demander en consultation. J'étais là le 11, à une heure du matin. Les douleurs étaient toujours nulles; la face, un peu au-dessus du bassin, semblait retenue à cette hauteur par l'orifice utérin qui s'était rétréci et redevenu ferme et tendu. Les organes génitaux, la vulve surtout, étaient gonflés et sensibles; les eaux écoulées, on ne savait quand, et la matrice se trouvait tellement moulée sur l'enfant qu'elle en dessinait pour ainsi dire les contours et qu'on distinguait parfaitement à droite une rainure entre l'occiput et le dos. Mes honorables confrères avaient à plusieurs reprises recherché le bruit cardiaque; j'auscultai à mon tour avec tout le soin possible, mais sans être plus heureux qu'eux.

Il fut convenu qu'on appliquerait le forceps, mais que si l'extraction présentait des difficultés, on agirait sur l'enfant dont la mort n'était pas douteuse.

Après avoir préalablement vidé la vessie qui formait tumeur au-dessus des pubis, M. P. Tielemans introduisit la main droite, et après avoir bien exploré les parties, il nous dit : je ne sais pas ce qui m'arrête, mais je ne puis faire pénétrer mes doigts dans la matrice, et il me paraît impossible d'appliquer convenablement les deux branches d'un forceps (1). Il m'engagea à constater par moi-même l'état des choses. J'introduisis la main gauche et je reconnus qu'en effet le segment inférieur de l'utérus opposait une résistance d'autant plus extraordinaire qu'un premier enfant était né. J'en inférai que l'application du forceps serait au moins difficile, irrégulière, et qu'en

(1) Est-il nécessaire de faire remarquer que l'obstacle était ici constitué par la rétraction permanente de la matrice que M. Vanhuevel signale dans son article (*Encyclographie*, t. 218, p. 62) et qui existait à un très-haut degré dans sa première observation (*Ibid.*, t. 218, p. 114), ainsi que dans celle de MM. Van Petegem et Coppée (*Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 119)? Voir aussi notre treizième observation.

tout cas l'extraction de la tête, en présentation de la face, exigerait un grand déploiement de forces. Je demandai donc mon terebellum et je l'introduisis dans la bouche; puis, le dirigeant de gauche à droite, je perforai la voûte palatine et la base du crâne. Reportant alors les doigts en arrière et à droite, je plaçai la branche protectrice au-devant de l'articulation sacro-iliaque et je fis trois trous du côté de l'occiput.

J'exerçai alors des tractions sur la pince et j'amenai peu à peu le menton vers le fond du bassin et de là sous la symphyse pubienne; mais je dus tirer jusqu'au bout, parce que les vraies contractions utérines faisaient défaut et que l'état du segment inférieur du viscère arrêtait le thorax à son tour. Cela est si vrai que la tête étant sortie, il fallut faire encore des tractions considérables pour entraîner le tronc. L'enfant, du sexe masculin, était plus fort que le premier et pesait au moins 3 kilogrammes.

La femme n'avait guère souffert de la manœuvre et elle n'avait pas perdu de sang; mais elle se trouvait exténuée, épuisée par un travail de plus de 7 jours. Elle avait le pouls accéléré, petit, et comme les contractions utérines ne s'étaient pas réveillées, nous n'osâmes procéder à la délivrance.

Quoique le bassin ne fût pas profondément vicié et qu'il offrît 8 centimètres de diamètre sacro-pubien, nous aurions dû pratiquer deux perforations du côté de la face, l'une par la bouche et l'autre par la narine ou à travers la joue gauche, pour entamer plus largement l'os sphénoïde. Cependant la tête s'est laissée considérablement réduire et si l'extraction a exigé des tractions modérées mais presque continues, c'est que la matrice, au lieu de nous aider, restait moulée sur l'enfant et le retenait, même quand la tête était déjà à l'extérieur.

Nous avons dit que la délivrance n'avait pas été immédiatement tentée parce que dans l'état où la patiente se trouvait, une hémorrhagie, même légère, nous semblait à redouter. Nous avons appris depuis, que l'un des placentas n'a été expulsé qu'au quatrième jour et l'autre au onzième. L'état de la femme resta cependant assez satisfaisant pendant les trois premières semaines, mais il se manifesta alors de la phlébite; un premier abcès s'ouvrit dans la fesse gauche, puis un second beaucoup plus volumineux,

plus bas, dans la cuisse correspondante, et l'infection amena la mort vers le quarantième jour.

Si l'issue de ces deux premiers cas a été fatale, il faut tenir compte des circonstances qui ont précédé et suivi l'opération et, en tout cas, nous croyons fermement que dans les conditions où nous nous trouvions, l'extraction de l'enfant n'aurait pu — *par aucun autre procédé connu* — s'effectuer avec moins de souffrance, moins de violence et moins de danger, que par celui que nous avons employé. C'est là, ce nous semble, tout ce qu'on peut exiger d'un instrument quelconque.

Observation III. — *Primipare. Bassin de 54 millimètres. Trois jours de travail. Version. Transforation. Décollation. Expulsion spontanée et rapide du crâne. Couches naturelles.*

Mme J. a profondément souffert du rachitisme. Elle est très-petite et sa marche rappelle celle du canard. Les membres inférieurs sont surtout trop courts, les fémurs arqués en avant et les tibias comme coudés un peu au-dessous de leur partie moyenne.

La santé est d'ailleurs excellente, la constitution assez robuste et le courage à toute épreuve.

Arrivée à terme, elle ressentit les premières douleurs dans la journée du 27 novembre 1862. Lorsque je fus appelé en consultation le 30, au soir, la dilatation du col était complète, la poche des eaux intacte et les douleurs commençaient à devenir expulsives. L'angle sacro-vertébral était très-facilement accessible, fort saillant et éloigné du bas de la symphyse pubienne de 66-67 millimètres, ce qui me fit évaluer à 54 millimètres au plus le diamètre sacro-pubien. C'était aussi la dimension trouvée par mon confrère, M. le docteur Van Weddingen.

Nous ne parvenions qu'avec beaucoup de peine à une partie de l'enfant très-mobile et déviée vers la fosse iliaque gauche. A l'examen du ventre, nous sentions les pieds vers le flanc droit, la tête au-dessus de la fosse iliaque opposée. Nous pouvions ramener celle-ci vers la ligne médiane,

mais aussitôt que nous l'abandonnions à elle-même, elle reprenait sa position première.

Que fallait-il faire? 1° Pratiquer l'opération césarienne? 2° baptiser l'enfant et attendre qu'il fût mort (1), pour agir sur lui? 3° faire la version et terminer d'après les circonstances?

La femme ne voulait pas du premier moyen, et elle avait le droit de s'y refuser. Le second, sûrement fatal à l'enfant, eût présenté pour la mère les dangers de l'attente et ceux de l'embryotomie, que le vice de la présentation pouvait rendre très-difficile, car comme nous l'avons dit, la déviation de la tête était déjà considérable et elle pouvait s'exagérer encore après la rupture des membranes. C'est donc au troisième parti que nous nous arrêtâmes, quoiqu'il n'offrît de chances de sauver le produit que dans la double hypothèse d'une tête extraordinairement petite et extraordinairement réductible.

M. Van Weddingen rencontra quelque difficulté pour l'introduction de la main, mais cette difficulté surmontée il amena lestement le pied droit, dont le volume, hélas! était peu rassurant. Il dut ensuite exercer des tractions considérables pour extraire successivement le pelvis, les bras et le thorax. Aussi l'enfant succomba-t-il pendant cette première partie de la manœuvre. Les doigts d'abord, puis un crochet mousse, portés dans la bouche ne purent parvenir à engager la base du crâne dans le détroit supérieur. Il fallait recourir à la céphalotomie; mais quel procédé suivre? Mon honorable confrère avait la conviction qu'il ne pourrait placer le forceps-scie, et il ne voulut pas même le tenter.

Prenant alors sa place, j'introduisis deux doigts dans la bouche et le terebellum entre les deux branches de la mâchoire inférieure; mais les pointes s'engagèrent difficilement dans les parties molles et quelque précaution que je prisse pour la fixer, la tête, mobile au-dessus du bassin, tournait sous le mouvement rotatoire imprimé au perforateur (2). Je finis cependant par pénétrer dans le crâne, puis je plaçai la branche

(1) Nous disons ici, une fois pour toutes, que médecin catholique et donnant des soins à des femmes catholiques, nous commençons toujours par baptiser l'enfant, lorsqu'il peut courir quelque danger de mort.

(2) C'est là un inconvénient qui n'existe plus aujourd'hui, grâce au poinçon qui termine le perforateur.

protectrice vers la face et j'articulai. Avant de traverser la voûte, je ramenai le terebellum sous la mâchoire et modifiant un peu sa direction, je fis un second trou dans la base ; puis je poussai l'instrument à fond et j'exerçai des tractions sur la pince, pendant que mon confrère tirait sur les épaules. La pince lâcha prise (1), et les premières vertèbres cervicales, atteintes par le perforateur, cédèrent aux efforts faits sur le tronc, de sorte que celui-ci ne tint plus à la tête que par une gaîne cutanée (2), qui ne pouvait plus nous être d'aucune utilité et dont nous fîmes la section.

J'étais sûr d'avoir bien attaqué l'os sphénoïde et nous résolûmes de laisser agir la nature. Il était 9 heures du soir. Les contractions utérines, momentanément suspendues, se réveillèrent énergiquement dans la nuit et elles avaient produit — même avant l'arrivée de notre confrère — l'expulsion d'une tête toute aplatie et toute allongée, ce qui nous prouva que nous aurions pu l'extraire sans peine, si la pince n'avait pas lâché prise.

Quant aux couches, elles furent aussi complétement naturelles qu'après l'accouchement le plus simple.

Observation IV. — *Multipare. Bassin de* 75-80 *millimètres. Face en position mento-cotyloïdienne gauche. Transforation ; extraction très-facile. Couches naturelles.*

Une pauvre femme de la campagne avait perdu six enfants dans l'accouchement même. Chaque fois il y avait eu rupture prématurée des membranes et procidence du cordon ombilical. Deux fois l'extrémité pelvienne s'était présentée, deux fois l'épaule et deux fois la tête mais irrégulièrement, de sorte que quatre fois on était allé chercher les pieds. L'extraction avait été fort difficile dans les six cas. Une petite fille, fort chétive, née spontanément et sans complication du côté du cordon, avait pu être

(1) La solidité et le raccourcissement des deux pièces de l'instrument ont aussi fait disparaître ce second inconvénient.

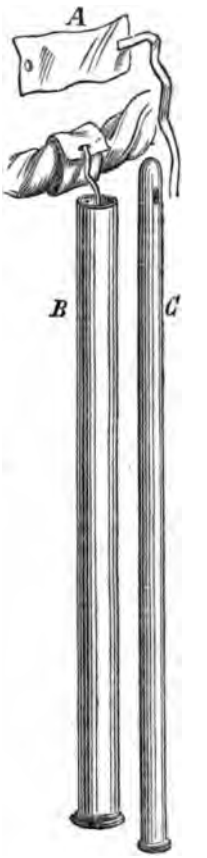
(2) L'une des perforations se confondait, en effet, avec le grand trou occipital qu'elle avait élargi, en entamant l'atlas et l'axis. Nous aurions dû nous abstenir de tractions sur le tronc.

ranimée, après un travail long et pénible, mais elle n'avait pas tardé à succomber aux convulsions.

Ces tristes antécédents avaient amené cette malheureuse à la Maternité de Louvain et, disons-le de suite, nous eûmes le chagrin de ne pouvoir lui conserver le produit d'une huitième conception.

Le 22 janvier 1863, à 9 heures du soir, des eaux abondantes s'écoulèrent brusquement sans douleurs. Le col, quoique souple et légèrement entr'ouvert, conservait un reste de longueur. Une anse ombilicale, battant régulièrement, pendait à l'extérieur et la face encore très-élevée se présentait en position mento-cotyloïdienne gauche.

Le cordon fut réduit et la sonde, sans son mandrin, fut laissée en place. Les douleurs ne tardèrent pas à se déclarer, mais comme elles étaient d'abord faibles et rares, on ne se hâta point d'en prévenir l'élève de service. Celui-ci pratiquant le toucher vers 5 heures du matin, trouva la sonde repliée sur elle-même et le cordon sans pulsations, retombé dans le vagin (1).




Appelé dans la matinée, j'appris que les douleurs, quoique énergiques et fréquentes depuis plusieurs heures, avaient produit peu d'effet. Le col de la matrice souple et

(1) La sonde, en se recourbant sur elle-même, avait permis à l'anse ombilicale de s'en détacher et de retomber dans le vagin. C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai modifié comme suit mon procédé de réduction :

(Fig. *A*). *A* est un petit morceau de linge assez long pour embrasser le cordon ombilical sans l'étreindre. Il est percé d'un trou près de l'un de ses bords ; un simple fil *très-solide* est fixé au bord opposé.

(Fig. *B*). Le linge embrasse le cordon ombilical et le fil, passé dans la petite ouverture *o*, parcourt ensuite la grosse sonde *B*, ouverte à ses deux bouts.

(Fig. *C*). *C*, mandrin en gutta-percha ou sonde munie d'un mandrin, pour donner à la canule *B* un degré de résistance convenable.

Mode d'emploi : Le fil est passé 1) dans l'anse du cordon ombilical, 2) dans la petite ouverture *o* du morceau de linge, 3) à travers la canule *B*.

Celle-ci étant poussée jusque contre l'anse du cordon ombilical, on l'arme de son mandrin, et tout est disposé pour la réduction.

Lorsqu'on a retiré le mandrin, si la canule laissée en place retombait ou se recourbait, rien ne serait plus facile que d'y repasser le mandrin pour la redresser ou la reporter plus profondément.

dilaté n'opposait cependant aucune résistance, et si la tête ne s'engageait pas, c'était moins encore parce qu'elle se trouvait dans l'extension que parce que le diamètre sacro-pubien, réduit à 7 1/2-8 centimètres, l'arrêtait dans son mouvement de descente.

Plutôt que d'exercer avec le forceps des tractions considérables et dangereuses, j'introduisis le perforateur par la bouche jusque dans le crâne et, après avoir broyé la matière cérébrale, je le ramenai à l'extérieur, c'est-à-dire jusqu'au-dessous de la face, pour le faire pénétrer cette fois à travers l'orbite gauche. Plaçant alors la branche protectrice en arrière et à droite, j'articulai et poussai le terebellum à fond, à travers la partie postérieure droite de l'occiput.

La pince, fermée par la vis de pression, me servit ensuite à faire quelques légères tractions et les contractions utérines aidant, la pulpe cérébrale s'évacua bientôt en abondance et la tête entièrement aplatie descendit avec la plus grande facilité. L'extraction du tronc exigea seule quelques efforts.

Les couches furent tout à fait naturelles.

Observation V. — *Primipare. Bassin de 54 millimètres. Espace sacro-cotyloïdien droit très-resserré. Version. Transforation. Abcès du bassin. Guérison.*

Marie Mal., âgée de 24 ans, primipare, a la figure plate et la mâchoire inférieure proéminente. Elle est très-petite et les membres pelviens, incurvés en sens divers, sont surtout trop courts pour le torse.

Le promontoire très-facile à atteindre est dévié à droite; le diamètre sacro-pubien, mesuré au moyen du pelvimètre de M. Vanhuevel, donne 54 millimètres et la ligne sacro-cotyloïdienne droite est notablement plus courte que la gauche.

Les premières douleurs se déclarent dans la soirée du 27 avril 1863. Le 28, au matin, je trouve l'orifice du col large comme une pièce de cent sous ; la tête est au-dessus de la fosse iliaque gauche, mais en la ramenant de la main libre vers la ligne médiane, je parviens, quoique avec beaucoup

de peine, à en atteindre un point très-circonscrit. Sitôt que je l'abandonne à elle-même, elle redevint inaccessible et reprend sa situation première. Deux circonstances concourent à produire cette déviation ; ce sont : la saillie de la colonne lombaire et la résistance de la paroi hypogastrique. Cette petite femme trapue, fortement musclée, a, en effet, les parois abdominales très-épaisses et très-fermes.

Sauf la déviation de la tête qui est un peu plus prononcée ici, ce cas ressemble singulièrement à celui que nous avons rapporté plus haut (obs. III) (1) et notre position est exactement la même, car cette fille ne veut pas non plus se soumettre à l'opération césarienne.

Aussi, nous proposons-nous de prendre le même parti, lorsque les organes seront suffisamment préparés.

A 4 heures de relevée, la dilatation du col étant presque complète, j'introduis la main gauche dans le bassin, mais il est si rétréci à droite et en arrière que pour pénétrer dans la matrice, je suis obligé de faire coucher la femme sur son flanc droit, ce qui me permet de suivre la paroi *antéro-latérale* et d'arriver à un genou, que j'amène en rompant les membranes. C'est le gauche et, après l'extension de la jambe, le talon est dirigé à droite et en arrière (3e *position de Capuron*). Nous laissons ensuite agir la nature.

Par un mécanisme que nous avons décrit ailleurs (2), le talon s'est reporté peu à peu en arrière et à gauche et finalement transversalement à gauche, c'est-à-dire que la position postérieure droite s'est convertie en transversale gauche.

A 8 heures du soir, sous l'influence de contractions énergiques aidées par une grande puissance de volonté, la hanche gauche se dégageait sous la symphyse pubienne et la fesse droite du côté du périnée, puis le tronc et les épaules ; mais le tout trop lentement pour que l'enfant pût survivre.

Nous avions dû aider au dégagement du membre thoracique antérieur

(1) L'espace sacro-cotyloïdien droit est cependant plus étroit chez Marie Mal., et je ne crois pas qu'il ait plus de 3 1/2 à 4 centimètres d'étendue.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1863.

en le reportant d'avant en arrière et la tête, mobile au-dessus du bassin, avait sans doute suivi ce mouvement, car la face se trouvait ensuite au-dessus de la symphyse sacro-iliaque gauche.

La femme ayant une position convenable, je pratique une incison transversale immédiatement au-dessus du sternum, et j'y introduis une pince à pansement jusque contre la base du crâne; je l'ouvre en sens divers et je la retire sans la fermer, afin d'élargir la voie. J'ai ainsi une gaîne dans laquelle je fais pénétrer le terebellum jusqu'à ce qu'il soit arrêté. Je vais alors accrocher la mâchoire inférieure, et je mets le perforateur en mouvement, mais ses pointes mordent mal (1), et sous les efforts que je dois faire, la tête se relève, tourne sur son axe et échappe à mes doigts. J'introduis la branche protectrice au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche et je traverse alors la tête d'outre en outre. J'exerce ensuite des tractions sur l'instrument pendant qu'un aide tire sur le tronc, mais soit que celui-ci agisse avec trop de force, soit que les vertèbres supérieures soient entamées, le cou cède, s'allonge et ne tient plus à la tête que par quelques parties molles dont nous complétons la division. Je continue à agir sur la pince, mais je remarque qu'elle va lâcher prise (2) et je l'enlève. C'était un échec, et j'en dirai tantôt les causes.

J'eus alors la pensée de recourir au forceps-scie, mais l'étroitesse de la partie postérieure droite du canal me parut devoir rendre son application bien difficile, sinon impossible. Je lui préférai donc le céphalotribe dont les cuillers plus étroites avaient plus de chance de passer. Je parvins, en effet, à les introduire, mais j'eus une peine infinie à les articuler, parce que la branche femelle restait comme clouée entre le promontoire et l'acetabulum droit, et que le volume de la branche mâle ne me permettait guère de la ramener assez en avant, pour qu'elle fût exactement en regard de l'autre. Je finis cependant par les assembler; mais la tête leur échappa en avant pendant que la vis de pression était mise en mouvement.

La femme fatiguée fut remise au lit, et il fut convenu que, après quelques heures de repos, elle prendrait un bain de siége.

(1) Nous avons déjà dit que l'adjonction du poinçon remédie aujourd'hui à cet inconvénient.

(2) Nous opérions encore avec le vieux modèle.

La nuit fut plus calme pour elle que pour moi, car je la passai sans sommeil, me demandant ce que j'aurais dû faire et ce que je ferais le lendemain. Aux réflexions qui me vinrent alors qu'on me permette de substituer celles que l'expérience m'a suggérées depuis et de dire ce que je ferais aujourd'hui en pareille occurrence.

J'introduirais le terebellum entre ma main et la face antérieure du cou jusque dans le triangle sous-maxillaire, où j'enfoncerais le poinçon à travers les parties molles, dans la voûte palatine, pendant qu'un aide, appliquant ses deux mains au-dessus du pubis, contribuerait à fixer la tête sur le détroit supérieur; je plaçerais alors la branche protectrice du côté de la face et je traverserais le crâne de part en part. Je ramènerais ensuite le terebellum jusqu'au-dessous de la mâchoire, j'en changerais un peu la direction et je pratiquerais une seconde, au besoin une troisième et une quatrième transforation, jusqu'à ce que de légères tractions exercées sur la pince seule suffisent à l'extraction. J'en ai le conviction, la manœuvre ainsi conduite et avec l'instrument tel qu'il est aujourd'hui, serait facilement couronnée de succès.

Malgré l'imperfection du premier transforateur, la suite de cette observation va cependant prouver que si j'ai d'abord échoué, c'est surtout parce que j'ai manqué de confiance.

Le 29, au matin, malgré quelques rares douleurs, Marie Mal. avait dormi quelques heures; les parties étaient un peu gonflées, la peau chaude, le pouls fréquent, mais l'état général n'était pas trop mauvais et le moral restait excellent. La tête se trouvait toujours au-dessus du petit bassin. A l'hypogastre, on sentait une tumeur comme bilobée et constituée, en bas, par la tête du fœtus, en haut, par le fond de l'utérus.

La femme est mise au bain, et l'on pratique en outre des injections émollientes d'heure en heure.

Dans l'après-midi, le gonflement et la chaleur des parties ont un peu augmenté, mais, à cela près, l'état des choses reste le même.

J'introduis la branche protectrice en arrière et à gauche vers la face, et je porte le terebellum contre la base du crâne, j'articule et je traverse la tête d'outre en outre. Je ramène le perforateur jusqu'au-dessous de la base,

je change un peu sa direction et je fais une seconde, puis une troisième perforation. Je rentre la poire de l'instrument dans la boîte crânienne; je désarticule un instant, pour broyer le cerveau, puis je réarticule, je pousse de nouveau à fond et je ferme la pince. Quelques tractions très-légères suffisent dès lors pour amener à l'extérieur une tête toute aplatie, toute démolie.

La matrice restant inerte, la délivrance ne fut pas tentée, et elle n'eut lieu qu'au bout de 48 heures, à la suite d'un frisson assez violent.

Malgré les injections émollientes, les cataplasmes, les frictions mercurielles, il se forma un phlegmon dans le bassin et le pus se fit jour dans le vagin. Il y eut aussi, pendant assez longtemps, de l'incontinence d'urine et du catarrhe vésical. En somme, la convalescence fut longue et ce n'est qu'au bout de six semaines que Marie Mal. quitta l'établissement.

Observation VI. — *Pluripare. Bassin de* 80 *millimètres. Position occipito-iliaque droite antérieure. Forceps essayé sans succès. Transforation. Extraction facile. Couches naturelles.*

La femme P., petite, aux membres inférieurs courts et incurvés, a été accouchée deux fois au moyen du forceps.

Les efforts ont été considérables et prolongés.

Les enfants, volumineux, n'ont pu être ranimés.

A terme d'une troisième grossesse, elle était en travail depuis 48 heures, quand son accoucheur, remarquant que les bruits du cœur s'affaiblissaient, appliqua le forceps, mais l'instrument glissa et le cordon le suivit, de sorte que l'enfant avait cessé de vivre quand je fus appelé en consultation.

Le bassin offrait environ 8 centimètres d'avant en arrière, mais comme les autres enfants étaient gros et que celui-ci était encore mal engagé, je proposai de pratiquer la transforation plutôt que d'en revenir au forceps et d'exercer des tractions énergiques, dangereuses pour la femme et sans but pour le produit.

Je fis d'abord la perforation de la voûte pendant que mon confrère s'attachait à bien fixer la tête sur le bassin, je broyai le cerveau, puis,

ayant porté la branche protectrice à gauche et en arrière, du côté de la face (position occipito-cotyloïdienne droite), je fis deux trous dans la base. Quelques tractions fort modérées produisirent l'évacuation de la pulpe cérébrale et l'extraction d'un enfant, que nous n'avons pas pesé, mais que nous avons évalué *ad visum* à 4 kilogrammes.

L'opération fut prompte, facile, nullement douloureuse et suivie de couches naturelles.

Observation VII. — *Primipare. Taille de* 1$^{m}$,05. *Diamètre sacro-pubien,* 60 *millimètres. Ligne sacro-cotyloïdienne gauche :* 35 *millimètres. Diamètre bis-ischiatique :* 71 *millimètres. Position occipito-cotyloïdienne gauche. Transforation; expulsion spontanée au bout d'une heure. Couches normales.*

Le 26 mai 1864, on amène à la maternité de Louvain la nommée Toss..., primipare, âgée de 34 ans, en travail depuis 48 heures.

Elle est toute contrefaite : bosse par devant, bosse par derrière, tête enfoncée entre les épaules, colonne vertébrale et jambes torses, raccourcies au point que la taille est réduite à 1$^{m}$05. La marche exige l'emploi d'un béquillard, de sorte que suivant la comparaison un peu hasardée d'un élève en médecine, l'individu ressemble à une marmite à trois pieds. Si, à ces agréments, on ajoute quelques dents rares et noires, des yeux chassieux et rouges, on comprendra à la rigueur que le médecin n'ait pas pensé à la possibilité d'une grossesse et que les assistants aient pris pour une terminaison de l'hydropisie dont on la croyait atteinte, l'écoulement des eaux abondantes qui suivit la rupture des membranes de l'œuf.

L'erreur étant reconnue et les difficultés de l'accouchement étant faciles à prévoir, on nous avait envoyé la malade.

En pratiquant le toucher, je rencontre flottant à la vulve un bout de corde, trop ferme et trop ronde pour être constituée par un lambeau des membranes; mais l'énigme s'explique bientôt, car en pénétrant dans le vagin je trouve un autre bout, plus court, de même forme et de même consistance. J'interroge la femme sur ce qui s'est passé, et elle me répond

qu'environ deux heures avant son entrée à la salle, au moment où elle perdait ses eaux, un cordon s'était montré à l'extérieur, qu'elle avait tiré dessus et qu'il s'était rompu.

L'angle sacro-vertébral, fortement saillant, comme enfoncé dans le bassin, se trouve dévié à gauche et la cavité cotyloïde du même côté en est fort rapprochée. Nous évaluons le diamètre sacro-pubien à environ 6 centimètres; le bis-ischiatique est aussi notablement réduit. La tête en première position n'est guère en rapport avec le détroit supérieur que par le caput succedaneum qui la recouvre. C'était le soir. Lorsque les élèves furent réunis, vers 11 heures, je fis la perforation de la voûte et je plaçai la branche protectrice en arrière et à droite, puis je pratiquai deux trous dans la base. La cuiller étant reportée à gauche, je fis également un trou du côté de l'occiput et j'enlevai l'instrument. L'opération fut facile, prompte et fort peu douloureuse. Je dus seulement écarter un peu la tête pour placer la branche protectrice à gauche, car, comme nous l'avons dit, la ligne sacro-cotyloïdienne est fort courte de ce côté.

La femme fut remise au lit, et au bout d'une heure, la tête était expulsée spontanément, mais l'interne, M. Decooman, était obligé d'exercer des tractions assez énergiques pour extraire les épaules et le tronc. L'enfant, du sexe masçulin, d'un volume moyen, n'offrait aucun signe de putréfaction.

En examinant le crâne, nous vîmes que les deux premières perforations s'étaient confondues en une seule, située au devant de l'oreille gauche et que la troisième correspondait à l'apophyse mastoïde du même coté, de sorte que c'étaient l'os temporal et son rocher, plutôt que le sphénoïde, qui se trouvaient fracturés. Néanmoins, les pariétaux se laissaient appliquer l'un contre l'autre sous la seule pression des doigts.

Les couches n'offrirent pas le moindre accident. Dès le troisième jour, la Toss... avait mis son beau bonnet à rubans roses pour nous recevoir, et dès le huitième, elle voulait s'en aller, sans nous promettre de ne plus revenir.

Elle ne revint cependant plus. Un an et demi après son accouchement, elle entra à l'hôpital, atteinte d'une pneumonie à laquelle elle succomba;

ce qui nous permit d'examiner et de conserver son squelette. Voici les principales dimensions de son bassin.

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre sacro-pubien . . . . . | 60 | millimètres. |
| Ligne sacro-cotyloïdienne gauche. . | 35 | » |
| Ligne sacro-pectinée droite . . . | 65 | » |
| Diamètre bis-ischiatique . . . . | 71 | » |

Observation VIII. — *Bipare. Bassin de 75 millimètres. Position occipito-iliaque droite postérieure. Essai du forceps et du levier. Transforation ; attente ; seigle ergoté. Expulsion spontanée. Couches naturelles.*

Jeanne Abb... présente des traces de rachitisme, surtout aux membres inférieurs. Son premier enfant a été amené mort par les pieds et son extraction a été très-difficile.

A terme de sa seconde grossesse, elle ressentit les premières douleurs dans la journée du 24 octobre 1864. Le 25, son accoucheur rompit les membranes et voyant ensuite que la tête ne s'abaissait pas, il envoya la patiente à la maternité. Le col de la matrice était alors dilatable, mais non dilaté, car au lieu de peser sur lui, la tête, en position postérieure droite, restait mobile au-dessus du détroit supérieur. On parvenait aisément à l'angle sacro-vertébral et le diamètre sacro-pubien donnait 75 millimètres.

La journée du 26 se passa dans des douleurs courtes, rares et peu efficaces. Pour prévenir le gonflement des parties, des bains de siége et des injections émollientes furent administrés à plusieurs reprises.

Vers le soir, la tête étant un peu engagée, la femme fut soumise au chloroforme et le forceps et le levier furent successivement appliqués sans parvenir à surmonter l'obstacle. Les efforts faits avec ces instruments devinrent funestes à l'enfant, car les bruits du cœur ne s'entendirent plus, quelque soin que nous missions à les rechercher. Nous n'avions donc plus à consulter que l'intérêt de la mère. Je pratiquai une perforation de la voûte du crâne, puis ayant placé la branche protectrice au-devant de la symphyse

sacro-iliaque gauche, je fis un premier trou dans la base; je ramenai ensuite l'instrument vers le côté gauche du bassin et je pratiquai une seconde perforation; trop encouragé peut-être par les résultats obtenus dans l'observation précédente, je laissai alors à l'organisme le soin d'opérer l'expulsion.

Mais les douleurs, faibles et courtes pendant la nuit, se suspendirent vers le matin. On laissa la matrice se reposer pendant quatre à cinq heures, puis l'interne, M. Sovet, administra le seigle ergoté à doses progressivement croissantes (50, 60, 75 .centigr., à 20 minutes d'intervalle), et les contractions utérines ayant repris quelque énergie, la tête ne tarda pas à descendre dans l'excavation et à franchir le détroit inférieur.

L'instrument avait atteint, en arrière l'apophyse mastoïde droite et une partie de l'os occipital, en avant le rocher et la portion squammeuse du temporal droit. L'enfant, sans le cerveau, pesait près de 3 kilogrammes.

Délivrance et couches tout à fait normales.

Observation IX. — *Primipare. Bassin de* 75-80 *millimètres. Plusieurs applications du forceps. Tête mal fléchie en position postérieure droite. Transforation; attente; douleurs faibles et rares. Forceps. Extraction très-facile. Couches naturelles.*

Marie Vanderg..., primipare, petite, rachitique, perd ses eaux dans la nuit du 7 mars 1865 et ne ressent les premières douleurs que le 8. La dilatation du col s'opère dès lors assez régulièrement, mais la tête s'engage à peine au détroit supérieur. Le 9, plusieurs applications de forceps sont faites (la femme dit 7 ou 8, mais elle exagère probablement) et comme elles n'aboutissent pas, deux autres accoucheurs sont appelés. Ceux-ci constatent quelques déchirures du col et donnent le conseil d'envoyer la patiente à la maternité, où elle entre à 5 heures du soir.

La vulve est tuméfiée, le vagin sec et chaud; la tête mal fléchie, en position occipito-postérieure droite, correspond par un petit segment à l'entrée du bassin qui présente 7 1/2 à 8 cent. Les bruits du cœur ont complétement cessé.

Je fais la perforation de la voûte, puis je place la branche protectrice à gauche et je pratique deux trous dans la base du crâne.

L'instrument est ensuite retiré et la femme remise au lit.

Mais les douleurs, rares et faibles, ne sont pas suffisantes, et après trois heures d'attente, le détroit supérieur n'est pas complétement franchi. La tête s'y trouve toutefois fortement engagée; sa voûte s'est déformée en dos d'âne ou plutôt en coin aigu, par l'affaissement des pariétaux, disposition qui rendrait peut-être une nouvelle application du transforateur difficile et qui me fait préférer le forceps ordinaire. Celui-ci conserve bonne prise et termine l'accouchement sans difficulté. Il n'y a donc pas de doute pour nous : si, au lieu d'enlever l'instrument, nous avions fait une ou deux perforations de plus, nous aurions pu, dans la même séance et sans effort, opérer l'extraction au moyen de la pince.

L'enfant pesait un peu plus de 3 kilogrammes, sans le cerveau.

Couches exemptes de toute complication.

Observation X. — *Multipare. Bassin de 72 millimètres. Huit enfants morts; deux, très-petits, survivants. Présentation du front. Perte de sang. Transforation. Extraction très-facile. Couches naturelles.*

La femme Marie Ghysb..., des environs d'Anvers, a eu dix enfants, dont deux seulement survivent : une petite fille, aujourd'hui âgée de 16 ans, née avant terme, fort délicate au moment de sa naissance, et un petit garçon, jumeau, également né avant terme. Les autres ont succombé à des manœuvres devenues de plus en plus difficiles, à mesure que les grossesses se multipliaient, de sorte que le dernier accouchement fut le plus laborieux de tous et que la patiente faillit y rester. Le praticien qui lui donnait des soins l'engagea à vivre dans la continence, lui déclarant que si elle redevenait enceinte, elle ne pourrait plus être délivrée que par l'opération césarienne. Mais on sait ce que produisent d'ordinaire ces conseils et ces menaces.

Ayant changé de domicile et ayant conçu de nouveau, Marie Ghysb... s'adressa à M. le docteur Borrewater, de Merxem, qui l'examina avec son

confrère, M. Van Aertselaer, et prit le parti de l'envoyer à la maternité de Louvain, où elle entra le 15 octobre 1865.

Les difficultés graduellement croissantes des accouchements antérieurs auraient pu faire penser qu'il s'agissait d'ostéomalacie; mais nous écartâmes cette idée, car la santé ne laissait rien à désirer et la déformation pelvienne était évidemment rachitique.

La symphyse pubienne présentait en haut une petite crête, formée par le pubis droit, et saillante d'environ 2 millimètres; le sacrum manquait de courbure et sa base avait basculé en avant et à droite. Le diamètre sacro-pubien donnait, au pelvimètre de M. Van Huevel, 72 millimètres.

Le 21 octobre, les eaux s'écoulèrent sans douleurs; la femme nous dit alors que cela lui était arrivé chaque fois et qu'elle n'accoucherait que dans trois jours. Le travail ne se déclara, en effet, que le 23, et dès les premières contractions une anse de cordon ombilical vint se montrer à la vulve. La réduction fut opérée par l'élève interne, mais la tête s'adaptait si mal au bassin, le segment inférieur de l'utérus était si relâché, et l'anse ombilicale était si longue qu'elle retomba par un de ses côtés. La circulation y était arrêtée quand on s'aperçut de sa rechute.

Quelques heures plus tard il survint une perte de sang, et le moral de cette femme, déjà frappé par la prédiction qui lui avait été faite, s'affecta outre mesure de cette complication. Elle demanda en grâce qu'on me fît appeler.

Le col de la matrice n'était guère plus large qu'une bonne pièce de cent sous, mais il était très-souple et très-dilatable. La tête, encore fort mobile, se présentait par le front, de sorte que je pouvais atteindre l'œil gauche et la racine du nez dirigé à gauche et en avant.

J'introduisis toute la main gauche, et abaissant un peu la face, j'enfonçai le terebellum dans l'orbite gauche, puis, lorsqu'il eût pénétré dans le crâne, je m'en servis pour broyer la masse cérébrale. J'appliquai alors la branche protectrice en arrière *et à gauche,* et je fis une première perforation à fond. Je ramenai le perce-crâne jusque sous la cavité orbitaire et sa direction étant un peu changée, j'opérai une seconde *transforation,* puis une troisième, de la même manière.

La poire du terebellum fut alors ramenée dans la boîte crânienne, et la

branche protectrice extraite pour être reportée à droite, du côté de l'occiput où je fis un seul trou.

La pulpe cérébrale s'évacuait largement. A la première traction l'instrument descendit au point que je crus un instant qu'il lâchait prise, mais la tête suivait et je l'amenai au dehors sans aucun effort. Le tronc seul exigea quelques tractions.

L'enfant était des plus volumineux, car il pesait 4 kilogrammes, le cerveau non compris. La tête toute molle se laissait aplatir entre les doigts, de telle façon que le diamètre bi-malaire ou bi-zygomatique, le plus long et le plus résistant de tous, pouvant se réduire à 4 centimètres. Ainsi démolie, elle aurait sûrement traversé un bassin de 3 centimètres, car la ligne bi-zygomatique aurait bien passé, soit en pivotant, soit en s'inclinant pour éviter les obstacles.

J'ai négligé de dire que pour combattre la perte de sang et pour donner plus de force aux contractions utérines, du seigle ergoté avait été administré avant et pendant la manœuvre. Après la délivrance, qui fut prompte et spontanée, une troisième dose de ce médicament fut prise dans un peu de vin. Toute l'opération avait marché rapidement et sans encombre. Quoi qu'un peu douillette et non soumise au chloroforme, la femme l'avait supportée sans accuser la moindre souffrance. Elle n'avait jamais été accouchée aussi facilement, nous dit-elle; jamais non plus elle ne s'était rétablie aussi vite, car elle n'eut pas un seul instant de fièvre et dès le huitième jour elle voulait s'en aller.

Lorsque la mobilité de la tête le permet, comme elle le permettait ici, nous croyons qu'il y a tout avantage à abaisser la face, car la perforation de cette région atteignant le sphénoïde, le succès de l'opération est assuré.

Observation XI. — *Primipare. Bassin de 55 millimètres. Position occipito-iliaque gauche. Transforation. Extraction très-facile. Couches normales.*

Catherine Momm., primipare, présente des traces profondes de rachitisme. Elle a les membres inférieurs grêles, incurvés et très-courts, la

hanche droite plus haute que la gauche, la chute des reins exagérée et la colonne vertébrale torse. Sa taille est de 1$^{m}$26. La vulve est fortement déviée en arrière, par suite de l'inclinaison exagérée du détroit supérieur. La paroi antérieure du bassin est plate et le diamètre sacro-pubien donne 5 1/2 à 6 centimètres au doigt, 55 millimètres au pelvimètre de M. Van Huevel. Le travail se déclare dans la journée du 1$^{er}$ mars 1866 et les eaux s'écoulent le 2, à 4 heures du matin. Je ne puis voir cette femme qu'à 5 heures de relevée. Le cuir chevelu tuméfié et une petite portion du crâne, légèrement disposée en dos d'âne, correspondent à l'entrée du bassin, mais sans appuyer sur le col qui offre la largeur d'une petite paume de main. Le bruit du cœur s'entend à gauche et fort haut.

A 11 heures du soir, le caput succedaneum a un peu augmenté, mais la tête n'est guère plus engagée; deux bains de siége ont été pris dans l'après-midi. Ils seront renouvelés dans la nuit.

Le 3, à 8 heures du matin, la dilatation du col est à peu près complète; le cuir chevelu est plus tuméfié et le promontoire a produit une dépression plus marquée dans le pariétal gauche qui lui correspond. Du méconium beaucoup plus jaune que d'habitude a souillé toute la chemise de la femme et il s'en échappe encore du vagin. Le bruit du cœur n'est plus perçu; ce qu'on entend, c'est un bruit de souffle très-fort.

Nous essayons d'abord de vider la vessie qui forme une tumeur assez considérable au-dessus du pubis, mais la sonde ne passe pas. Comme la patiente est très-peu raisonnable et qu'elle ne supportait qu'avec la plus vive impatience la simple exploration au moyen du doigt, elle est soumise aux vapeurs de chloroforme. Elle en absorbe plus de trois onces sans s'endormir complétement.

J'introduis la main gauche, mais l'inclinaison exagérée du bassin et la déviation de la vulve en arrière me font aussitôt comprendre que l'opération sera plus difficile et que l'instrument se dirigera peut-être trop en arrière, si je laisse la femme sur le dos. Sans retirer la main, je fais donc incliner la patiente sur son flanc gauche et je me trouve ainsi du côté du dos, ce qui me permet d'agir d'arrière en avant, et plus sûrement dans la direction de l'axe du détroit supérieur.

Je perfore la voûte du crâne et je broie la matière cérébrale qui s'échappe aussitôt en quantité notable; je place la branche protectrice en arrière et à droite, du côté de la face, et je remets la femme sur le dos, pour pratiquer successivement quatre trous dans la base, en changeant chaque fois la direction de l'instrument.

Je me proposais de porter alors la branche femelle à gauche, vers l'occiput, mais je fis préalablement, à titre d'essai, quelques tractions sur la pince, et sentant que la tête descendait sans résistance, je l'amenai peu à peu à l'extérieur. L'extraction du tronc exigea des efforts beaucoup plus considérables.

L'enfant, privé de son cerveau, pesait 3 kilogr. et 7 grammes. Les os pariétaux se laissaient appliquer l'un contre l'autre.

Nous ne croyons pas qu'un autre procédé eût pu délivrer cette femme avec autant de facilité et avec moins de violence pour ses organes. Aussi les couches furent-elles tout à fait normales.

Observation XII. — *Primipare. Bassin de* 58 *millimètres. Position occipito-iliaque droite, un peu postérieure. Débridement du col de la matrice. Transforation. Extraction facile. Couches régulières.*

Angeline Nouv., primipare, de petite taille, a les membres inférieurs beaucoup trop courts et marche comme une cane. La paroi antérieure de son bassin est aplatie; le diamètre sacro-pubien réduit à 58 millimètres.

Elle prétend qu'elle accouchera le 5 mars 1866, car elle ne s'est exposée à devenir enceinte que deux fois, la dernière à la date du 5 juin 1865. Le travail ne se déclare cependant que le 12 mars dans la matinée. Les eaux s'écoulent le 13, à une heure de relevée, lorsque le col est à peine effacé, fort peu entr'ouvert et la tête tout entière encore mobile au-dessus du bassin. Le bruit du cœur s'entend transversalement à droite et très-haut.

Deux bains de siége sont pris dans l'après-midi et deux autres dans la matinée du 14.

Le 14, à 2 heures, la dilatation a fait peu de progrès; l'orifice utérin n'a

guère que 5 centimètres de diamètre ; son pourtour s'est un peu épaissi et le cuir chevelu tuméfié vient en contact avec lui, mais sans le tendre, même pendant les douleurs, qui sont cependant, par moments du moins, assez franchement expulsives.

Les eaux sont fortement teintes en jaune; les bruits du cœur, sans cesser d'être réguliers, ont perdu de leur intensité. Injections émollientes de deux en deux heures.

A 8 heures du soir, les bruits cardiaques ont cessé et l'écoulement est devenu fétide. La face est rouge, le pouls développé, fréquent, et la femme demande qu'on la délivre, mais le diamètre du col ne présente encore que 3 centimètres.

A 10 1/2 heures, l'état du col reste le même, mais l'état général nous fait un devoir de terminer.

Le chloroforme est administré sans produire une anesthésie complète, même après une heure d'inhalation.

Je débride d'abord le col au moyen de longs ciseaux mousses portés successivement sur ses deux bords latéraux. Les deux incisions, quoique assez larges, ne fournissent guère qu'une once de sang. J'introduis alors la main gauche et sur elle le terebellum jusque contre le cuir chevelu, dans lequel je l'enfonce de quelques lignes. Puis, comme dans l'observation précédente, je fais tourner la femme sur son flanc gauche. Je me trouve ainsi très-bien placé pour opérer. Pendant que mon fils fixe la tête sur le bassin et que je l'empoigne moi-même de la main gauche, j'en perfore la voûte et je broie le cerveau. Puis, comme le diagnostic n'a été établi que par l'examen du ventre, je cherche à le confirmer en sondant la base du crâne, et je reconnais qu'en effet la gouttière basilaire est à gauche et un peu en avant. J'y enfonce le poinçon de manière à l'y fixer, sans la traverser, et j'introduis la branche femelle en arrière et à gauche (1).

La femme étant replacée sur le dos, je mets le transforateur en mouve-

(1) La fixité du transforateur a un peu gêné l'introduction de la branche protectrice, mais sans la rendre difficile. Si la difficulté avait été réelle, il m'eût suffi, pour la faire cesser, de rendre le poinçon libre en le retirant à l'intérieur du crâne, mais elle ne l'était pas, et j'ai cru devoir profiter de l'avantage d'attaquer d'emblée un point aussi solide et aussi central que la gouttière basilaire.

ment et je constate qu'il traverse un os résistant et épais. Je le ramène dans le crâne, et, changeant chaque fois sa direction, je pratique de la même manière trois autres trous. Je pourrais sans doute extraire la tête, mais comme le col débridé exige tous les ménagements possibles, je retire de nouveau le terebellum dans la boîte céphalique et j'extrais la branche femelle seule pour la reporter immédiatement à droite, vers l'occiput, dans lequel je pratique deux trous.

Je procède alors très-lentement à l'extraction de la tête, en lui donnant le temps de se réduire à mesure qu'elle achève de se vider, et lui laissant pour ainsi dire prendre la direction qu'elle veut, je l'amène sans peine à la vulve. Il n'en est pas de même du thorax qui se trouve arrêté au détroit supérieur et qui ne cède qu'à des tractions énergiques, mais prudentes, exercées sur le crâne et le cou.

La tête se laisse aisément réduire en un gâteau plat, depuis l'occiput jusqu'au front inclusivement. Son diamètre transversal le plus long est le bi-malaire. Il est de 4 centimètres, mais réductible encore sous la pression des doigts. Il n'est donc pas de bassin qui n'eût livré passage à une tête si complétement démantibulée.

Couches exemptes de toute complication.

Observation XIII. — *Primipare. Bassin de 65 millimètres. Col étroit. Transforation. Extraction retardée par l'état du segment inférieur de l'utérus. Couches heureuses.*

Le 12 juillet 1866, M. le professeur Hyernaux voulait bien m'inviter par dépêche à me rendre dans l'après-midi à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. J'étais absent et je ne rentrai que le soir. Le 13, même invitation à laquelle je me rends. A mon arrivée, mon honorable confrère me dit qu'il est heureux que je ne sois pas venu la veille, car la dilatation du col s'est opérée très-lentement; il ajoute que l'enfant est mort, que le siége du bruit cardiaque avait fait porter le diagnostic d'une position gauche, que le bassin présente 6 1/2 centimètres et qu'il croit le moment venu de terminer l'accouchement. Mais, arrivé près de la femme, il pratique le

toucher et me dit : *Il y a encore trop de col;* l'orifice n'est ni assez dilaté ni assez souple, vous ne pourrez appliquer votre instrument. Je touche à mon tour et je lui réponds : Le col, en effet, est encore *bien ferme et bien tendu,* mais comme il offre environ 5 à 5 1/2 centimètres de diamètre, j'espère qu'il cédera peu à peu. J'examine le ventre et je vois que le *globe utérin se dessine plus nettement et qu'il est aussi plus ferme que d'habitude.* Il eût sans doute été préférable de chercher à obtenir par un bain, par des injections émollientes-narcotiques, etc., une détente du viscère et une dilatation plus considérable de son col. C'est certainement ce que j'aurais fait à la maternité de Louvain ; mais il était plus de 4 heures et je devais absolument prendre le train de 5 heures. Je me mis donc à l'œuvre. J'introduisis la main gauche et sur elle le terebellum que j'enfonçai dans le pariétal droit, non loin de la petite fontanelle et que je portai en sens divers pour broyer le cerveau ; puis ayant appliqué la branche protectrice en arrière et à droite, du côté de la face, je pratiquai successivement quatre trous dans la base du crâne. Une chose me frappa dans cette manœuvre, c'est la *résistance opposée à l'instrument* chaque fois que je devais en changer la direction ; cette résistance était telle que je renonçai à ramener la branche protectrice sur le côté du bassin, plus en plein sur la face, comme je l'aurais voulu.

Dans deux de ces perforations j'avais au moins atteint des os assez solides, et je crus pouvoir exercer quelques tractions sur la pince; mais la pulpe cérébrale ne s'évacua point et le crâne resta en place. Plutôt que de me livrer à des efforts considérables, je pris le parti de reporter la branche femelle à gauche. En la retirant des parties, je fus encore frappé *de l'obstacle* que je rencontrais. On aurait dit qu'une main retenait la cuiller en place et s'opposait à son issue (1). Lorsqu'elle fut réintroduite en arrière et à gauche, je voulus la ramener sur le côté du bassin, mais *je rencontrai la même difficulté qu'à droite.* Je la laissai donc au-devant de l'articulation sacro-iliaque, et, après avoir fermé la pince, j'exerçai de nouvelles

(1) C'est là une particularité que nous avons constatée dans d'autres cas de spasme utérin et que MM. Van Pettegem et Frédericq signalent également dans le *Bulletin de la Société de médecine de Gand,* 1861, p. 199.

tractions; le cerveau s'évacua bientôt largement et cependant je dus employer beaucoup plus de force pour l'extraction que dans aucune des observations précédentes. Malgré l'opinion contraire de M. Hyernaux, je crus et je crois encore que la résistance principale était constituée par le col et le segment inférieur de l'utérus, car la tête est arrivée tout aplatie à la vulve et il fallut ensuite tirer énergiquement sur elle pour amener le thorax et même le pelvis.

En examinant la tête après sa sortie, on constatait que *depuis l'extrémité occipitale jusqu'aux pommettes*, la moindre pression des doigts suffisait pour appliquer les os les uns contre les autres, par leur face interne, de sorte que dans toute cette étendue l'épaisseur du crâne pouvait se réduire à un centimètre. Dans le sens transversal il ne restait réellement que le diamètre bi-malaire de 54 millimètres. Le cuir chevelu incisé, les pariétaux se laissaient aisément renverser en dehors, et l'on voyait que les quatre perforations confondues en deux trous, avaient complétement brisé le rocher, la portion écailleuse du temporal, les ailes du sphénoïde, l'arcade zygomatique et une partie de la pommette *du côté gauche.*

Le corps du sphénoïde n'avait donc pas été atteint. Couches naturelles.

Observation XIV. — *Pluripare. Bassin de 75 à 80 millimètres. Position occipito-iliaque gauche un peu postérieure. Forceps appliqué sans succès. Transforation. Couches heureuses.*

Mme G..., de taille moyenne, n'offre pas de difformité bien apparente. Il existe cependant chez elle un certain degré d'ensellure et les membres inférieurs sont un peu courts, par rapport au tronc. L'inclinaison du détroit supérieur est exagérée et le diamètre sacro-pubien, mesuré avec les doigts, se trouve réduit à 7 1/2-8 centimètres.

Les antécédents sont d'ailleurs malheureux.

1er *accouchement.* Présentation du sommet. — Travail long. — Enclavement. — Forceps qui glisse après une demi-heure de tractions énergiques. — Appelé en consultation, je crois l'enfant mort, car il y a issue de méconium et le bruit cardiaque ne s'entend plus; mais, le confrère n'ayant

pas la même conviction, l'instrument est réappliqué et après des efforts considérables et prolongés, nous amenons un enfant du sexe féminin, d'un volume médiocre, et sans vie. En arrière de la bosse frontale gauche, il existe une empreinte profonde laissée par le promontoire.

J'avais engagé M^me^ G... à se laisser accoucher à 8 mois, mais par un préjugé encore trop commun à Louvain, elle s'y refusa obstinément.

2^e^ *accouchement.* Présentation de la face. — Version. — Extraction difficile de la tête. Enfant petit, dans un état d'asphyxie très-profonde. Je parviens à le ranimer après plus d'une heure de soins incessants; mais il est bientôt atteint d'ictère et y succombe au quinzième jour.

3^e^ *accouchement.* Présentation du sommet. — Forceps. — Tractions énergiques et nombreuses. — Enfant petit, portant sur le crâne une dépression produite par l'angle sacro-vertébral. Je le ranime contre tout espoir, mais, comme le précédent, il est pris d'une jaunisse qui l'emporte au vingtième jour.

4^e^ *et* 5^e^ *accouchements.* Enfants nés spontanément mais avant terme et putrides.

6^e^ *accouchement.* A terme. — Les douleurs se déclarent dans la matinée du 18 décembre 1866. Les eaux s'écoulent le 19, à 2 heures de relevée, mais quoique le col de la matrice soit dilaté et souple, la tête reste complétement au-dessus du bassin. A 8 heures du soir, M. Vanhoebroeck applique deux fois le forceps, sans parvenir à amener ni même à bien engager la tête. Je suis appelé en consultation à 9 heures. Je trouve le sommet très-élevé, un peu tuméfié, en position gauche, légèrement postérieure. Le cordon ombilical était descendu dans le vagin et sans pulsations; nous nous décidons à agir sur l'enfant plutôt que sur la mère.

J'introduis le terebellum, qui traverse le pariétal droit et je broie la substance cérébrale; puis, l'autre branche étant appliquée au devant de l'articulation sacro-iliaque droite, je pratique un premier trou dans la base; je rentre le perforateur dans le crâne, je ramène la branche protectrice un peu plus en avant et je pratique un second trou.

Quelques tractions modérées engagent le sommet dans le détroit supérieur, mais je rencontre cependant une certaine résistance. Plutôt que de

chercher à la vaincre de vive force, je retire la branche femelle et je la reporte à gauche, vers l'occiput, dans lequel je pratique deux autres ouvertures. Des tractions modérées et lentes, laissant à la pulpe cérébrale le temps de s'évacuer, entraînent la tête dans l'excavation où je favorise la tendance de l'occiput à se ramener vers l'arcade pubienne. Délivrance naturelle. L'enfant, du sexe masculin, est beaucoup plus fort que les précédents ; il pèse certainement plus de trois kilogrammes, sans le cerveau.

Le sphénoïde n'a été atteint que dans une de ses ailes, mais le rocher du temporal gauche est brisé. J'avais cependant eu tort de ne pas pratiquer une ou deux perforations de plus du côté de la face, car j'aurais peut-être dû y revenir si la disproportion entre la tête et le bassin avait été plus considérable. Si je ne l'ai pas fait, c'est que le rétrécissement pelvien n'était pas extrême et que, comme je l'ai dit, les enfants précédents étaient tous peu volumineux.

*Couches.* Les quatre premiers jours se passent parfaitement bien ; au cinquième et au sixième, légers frissons, pouls à 108, ventre indolore. Un gramme de sulfate de quinine, dans 150 grammes de véhicule est administré par cuillerées à bouche de deux en deux heures. Le septième jour, le pouls est retombé à 60 et tout rentre si bien dans l'ordre qu'au dixième jour, je trouve M^me^ G... à son magasin. Elle ne s'était rétablie aussi rapidement d'aucune autre de ses couches.

Observation XV. — ***Bipare. Bassin en cœur de carte à jouer. Diamètre sacro-pubien de 76 à 77 millimètres, mais en partie imperméable. Diamètre bis-ischiatique de 47 millimètres. Espace sacro-cotyloïdien droit : 48 millimètres. Idem gauche, 25 millimètres. Premier accouchement terminé par le forceps, avec une fracture du pubis droit. Deuxième accouchement : position postérieure droite du sommet, forceps insuffisant. État grave de la femme. Transforation et extraction du crâne faciles. Mort.***

La femme Louis P..., née Virginie J..., de Lubbeek, est de petite taille (1^m^,28), de constitution profondément lymphatique et très-chétive.

Elle marche en s'appuyant, à droite sur un béquillard, à gauche sur une béquille. La brièveté de la taille dépend du rachitisme et tient en partie à un arrêt de développement du tronc et des membres inférieurs, en partie aux courbures de la colonne vertébrale, surtout prononcées à la région lombaire.

Vers l'âge de 13 ans, Virginie a été atteinte d'une coxarthrocace gauche qui a laissé, comme traces de son passage, des cicatrices nombreuses, profondes et une semi-flexion de la cuisse sur le bassin, avec mobilité très-restreinte du fémur.

A 23 ans, fracture de la cuisse du même côté, consolidation imparfaite et raccourcissement du membre. Il résulte de cette double disposition que la jambe gauche ne peut appuyer sur le sol qu'au moyen d'un pied artificiel haut de 14 à 15 centimètres. Rachitisme, tumeur blanche de la hanche, fracture du fémur, tels sont donc les antécédents pathologiques du système osseux de cette femme.

A terme d'une première grossesse, Virginie fut en travail pendant trois jours et, malgré de bonnes douleurs, la tête ne s'engageant pas, deux praticiens fort expérimentés, MM. Ickx, de Lubbeek, et Palmans, de Winghe, eurent recours au forceps. L'application de l'instrument leur présenta les plus grandes difficultés et, après des tractions énergiques, prolongées et souvent répétées, ils désespéraient d'amener l'enfant, quand dans un suprême effort, ils entendirent un craquement considérable et virent la tête traverser tout le bassin, en déchirant largement le périnée (1). Ils crurent à une disjonction des pubis.

L'enfant, d'un très-petit volume, était privé de vie, cela va sans dire. La tête flasque et très-allongée se trouvait complétement démolie.

Il ne survint pas d'accidents inflammatoires sérieux et cependant une douleur à la région antérieure du bassin, rendit la marche complétement impossible pendant plus d'un mois et pénible ensuite pendant plusieurs semaines.

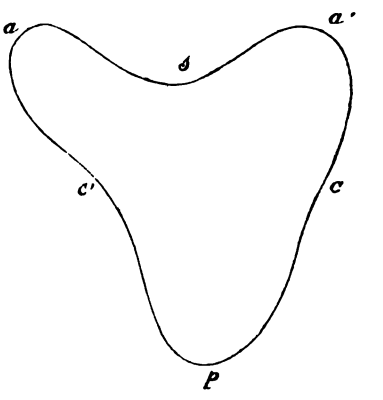
Virginie ne tarda pas à redevenir enceinte et vers la fin de sa seconde grossesse, elle fut envoyée à la maternité de Louvain.

(1) La suture immédiatement pratiquée fut couronnée de succès.

En l'examinant avec tout le soin nécessaire en pareille circonstance, je crus qu'au lieu d'une disjonction des os de la symphyse, il s'était produit, lors du premier accouchement, une fracture des branches descendante et horizontale du pubis droit. En effet, la symphyse n'offrait rien de particulier que sa situation au fond d'une rainure rappelant un peu le bec de cane des bassins ostéomalaciques, tandis que le pubis *droit* présentait deux saillies anormales qui me paraissaient dues à la difformité des cals. L'une de ces saillies, située un peu au-dessous de l'union de la branche descendante du pubis et de la branche ascendante de l'ischion, était très-manifeste et réduisait là l'arcade pubienne à 2 1/2 centimètres; l'autre, siégeant sur la branche horizontale du pubis, vers la partie *interne* de l'acétabulum était rugueuse et éloignée du promontoire de 3 1/2 centimètres, au plus (1). L'espace sacro-cotyloïdien correspondant n'admettait pas même deux doigts et se trouvait par conséquent réduit à environ un pouce. La moitié gauche du bassin, quoique un peu plus spacieuse, était cependant notablement rétrécie par un arrêt de développement de l'os coxal.

Voici, du reste, la forme et les dimensions du détroit supérieur telles que le squelette nous les donne :

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre sacro-pubien | 76 à 77 | millimètres. |
| Esp. sacro-cotyloïdien gauche | 48 | » |
| » » droit | 25 | » |
| Diamètre transverse, en arrière des éminences cotyloïdiennes | 65 | » |
| Diamètre transverse, au niveau des éminences cotyloïdiennes . . . . . | 53 | » |




(1) Nous avions bien touché, mais notre interprétation était erronée; les saillies anormales que nous venons de signaler existaient, mais elles étaient dues au rachitisme. L'autopsie a néanmoins prouvé l'existence de la fracture des deux branches du pubis droit dont la réunion s'était opérée par du tissu fibreux, sans saillies notables. La fracture de la branche descendante occupait bien le point que nous avons indiqué; mais celle de la branche horizontale correspondait, non à son extrémité externe mais à son extrémité interne, c'est-à-dire à sa jonction au corps du pubis.

Les diamètres obliques sont relativement assez étendus puisque le gauche mesure 95 millimètres et le droit, 74 millimètres.

Mais il faut remarquer que les angles correspondant aux articulations sont disposés de manière à rendre imperméable une partie des diamètres obliques ainsi que de l'antéro-postérieur. De quelque façon qu'on place une tête de fœtus sur le détroit supérieur, il reste vers l'articulation sacro-iliaque gauche et vers la symphyse pubienne un espace perdu d'environ un centimètre et demi, et vers l'articulation sacro-iliaque droite, cette perte est de 4 centimètres, de sorte qu'en réalité le diamètre sacro-pubien se trouve réduit à environ 60 millimètres de même que l'oblique droit, et l'oblique gauche descend à 55 millimètres.

| | | |
|---|---|---|
| La courbure du sacrum est exagérée; de son sommet au bas de la symphyse pubienne, on trouve . . . . | 87 | millimètres |
| de l'extrémité du coccyx au même point . . . . . | 61 | » |
| entre les ischions . . . . . | 47 | » |
| entre les branches ischio-pubiennes, prises au milieu de la hauteur de l'arcade . . . . . | 25 | » |

Le plus petit poing ne peut traverser le détroit supérieur et beaucoup moins encore l'inférieur. Le forceps Hatin et le forceps-scie, *même à vide* et dans quelque direction qu'on les place, ne peuvent non plus traverser ces ouvertures. Leurs branches peuvent sans doute y pénétrer isolément, mais elles ne peuvent se fermer en embrassant la tête que quand celle-ci est refoulée à trois centimètres au-dessus du petit bassin.

Le travail se déclara dans la nuit du 1er au 2 avril 1867 (1) et les eaux s'étant écoulées, le 2, à 3 heures de l'après-midi, les douleurs devinrent bientôt longues, rapprochées et franchement expulsives.

(1) Le 2 avril, à 9 heures du matin, M. le professeur VERRIER, de Paris, momentanément à Louvain, ayant bien voulu examiner la patiente, je lui demandai s'il croyait à la possibilité d'appliquer le forceps-scie ou le céphalotribe dans un pareil bassin, et il me répondit : « Oh! non, et je doute même qu'on puisse introduire un forceps ordinaire. Si l'on y est parvenu lors du premier accouchement, c'est que probablement le canal n'était pas aussi déformé qu'il l'est aujourd'hui à la suite de la fracture. » Notre savant confrère croyait comme nous qu'il y avait eu fracture du pubis droit et qu'une consolidation vicieuse avait augmenté la difformité et l'étroitesse du bassin.

A 11 heures du soir, elles étaient toujours d'une rare fréquence et d'une durée peu commune; elles avaient produit une certaine tuméfaction du cuir chevelu, mais la tête ne s'engageait que par un très-petit segment. Elle était très-exactement fléchie et en position occipito-postérieure droite. Les bruits du cœur s'entendaient transversalement à droite et les pieds se dessinaient très-nettement à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic (1).

Je résolus d'essayer le forceps, quoiqu'il ne me parût devoir suffire qu'en cas de petitesse et de souplesse insolites de la tête. J'appliquai d'abord la branche mâle, mais comme elle me gênait pour l'introduction de l'autre branche, je l'enlevai immédiatement.

Portant alors les doigts de la main gauche à droite et les insinuant autant que possible dans la raînure sacro-pectinée, je parvins, non sans quelques tâtonnements, à faire pénétrer la branche femelle et à la placer derrière l'acétabulum, d'où elle se ramena pour ainsi dire spontanément et presque directement derrière la symphyse pubienne. Sans retirer mes doigts, je les dirigeai vers l'échancrure sciatique gauche, et j'insinuai la seconde branche sous la première, de manière à les articuler facilement et sans décroisement. Le pivot se trouvait, à fort peu de chose près, tourné transversalement à gauche. Je n'étais pas fâché de cette disposition, car elle me permettait d'employer l'instrument, tantôt comme forceps, tantôt comme levier, sans crainte de le voir lâcher prise. Je tirai d'abord, puis mon élève interne, M. Reynaet, jeune homme doué d'une grande force musculaire, me remplaça, agissant tantôt sur les deux branches, tantôt sur l'antérieure seule transformée en levier. Le caput succedaneum se développait davantage, la tête semblait un peu s'allonger, et par moments nous nous bercions de quelque espoir.

Cependant, après avoir tiré ainsi pendant près d'une heure, par reprises et seulement au moment des douleurs, nous crûmes qu'il y aurait imprudence à pousser les choses plus loin, et l'instrument étant enlevé, la femme fut remise au lit. Nous aurions voulu pouvoir pratiquer immédiatement l'embryotomie, mais les bruits du cœur, quoique affaiblis, continuaient à

(1) L'opération césarienne avait été proposée, mais du moment que son enfant pouvait être baptisé, la femme P... s'y refusait.

s'entendre et conservaient la régularité de leur rhythme. Il était minuit. Les douleurs furent beaucoup plus faibles et plus rares pendant le reste de la nuit, de sorte que le lendemain, 3, à 8 heures du matin, la tête se trouvait dans la même situation. Du méconium verdâtre souillait le linge et les parties de la femme; les battements du cœur de l'enfant avaient cessé.

Quoique la patiente n'eût presque pas perdu de sang, son état général était devenu très-grave. Les téguments et les lèvres offraient une teinte bleuâtre ; il y avait refroidissement des extrémités, respiration anxieuse et petitesse du pouls telle qu'il fallut renoncer à l'emploi du chloroforme, auquel nous avions pensé pour faciliter l'entrée des élèves.

Les quatre doigts de la main gauche étant introduits, je guidai sur eux le poinçon du transforateur, masqué par une boule de cire, jusque contre le cuir chevelu dans lequel je l'enfonçai et je le fis pénétrer dans le crâne par des mouvements de spire, en ayant soin d'en diriger le manche fortement en arrière. Un sang noir, assez abondant, s'écoula d'abord. J'oubliai de broyer la pulpe cérébrale.

La branche protectrice étant introduite au-devant de l'articulation sacro-iliaque gauche, je fis un premier trou à travers la base, puis le terebellum étant rentré dans le crâne, je dirigeai *le bec* de la branche protectrice d'abord un *peu en dedans,* puis un peu en dehors, de manière à faire deux autres trous à côté du premier ou à l'élargir.

La poire du perforateur étant de nouveau ramenée dans la boîte crânienne, j'imprimai à la branche protectrice (sans la désarticuler) le mouvement de scie de Levret, et je la ramenai *sans peine* derrière la cavité cotyloïde gauche. Je fis deux nouveaux trous. La résistance que je rencontrai m'indiquait que j'avais traversé des os épais.

La femme, interrogée à plusieurs reprises, n'accusait absolument aucune douleur que quand il survenait quelque contraction à laquelle je joignais une légère traction. Cependant la tête ne descendait pas, et comme je ne voulais absolument pas employer la force, je reportai de nouveau la branche protectrice en arrière, où je fis un nouveau trou, sans pousser le perforateur plus loin qu'il ne fallait pour assujettir les deux pièces au

moyen de la petite vis latérale. Dès lors, des tractions *très-modérées*, exercées pendant les douleurs, produisirent l'expulsion de la matière cérébrale et la descente du crâne. Pendant cette descente, la branche femelle se porta bientôt directement en arrière, tandis que la tige du transforateur venait se loger au sommet de l'arcade pubienne. En avant le cuir chevelu recouvrait cette tige ; en arrière, le bord de la perforation était mis à nu, mais éloigné des organes de la femme. Deux doigts le soutenaient, d'ailleurs par précaution. Il fallut exercer quelques tractions assez énergiques pour amener le tronc.

La tête était complétement déformée et aplatie. L'œil droit était sorti de l'orbite sans qu'on vît cependant au dehors le trou que le terebellum devait avoir fait dans ce point. L'os malaire droit à sa partie inférieure et la peau correspondante étaient percés d'une ouverture de 2 1/2 à 3 centimètres de diamètre. Une autre ouverture plus étroite se trouvait un peu plus bas, sur la joue, au niveau de la mâchoire inférieure. C'était, avec la perforation de la voûte, tout ce qu'on voyait extérieurement. Cette perforation de la voûte, que j'avais pratiquée presque au centre du bassin était située un peu à gauche de la petite fontanelle. C'est que la tête, très-exactement fléchie, s'était trouvée presque tout entière à gauche du détroit supérieur. La boîte crânienne était si bien démolie que même le diamètre bi-malaire se laissait facilement réduire à 4 centimètres, sous la seule pression de mes doigts. Le cuir chevelu et les méninges étant incisés le long de la suture sagittale et de la médio-frontale, les deux os pariétaux se laissaient aisément renverser en dehors. Le rocher du temporal gauche était brisé ; *à droite,* la gouttière basilaire était ébréchée et fêlée, les ailes du sphénoïde et la paroi externe de l'orbite perforées et fracturées.

Les perforations de la base avaient toutes été faites *à gauche* du bassin et elles avaient toutes abouti à la face. Celle-ci était donc bien dirigée à gauche. Les solutions de continuité existaient des deux côtés de la face et prouvaient ainsi que la branche protectrice appliquée à gauche du bassin, d'abord sur la joue droite, au-devant de l'articulation sacro-iliaque, avait ensuite été ramenée sur la joue gauche, derrière la cavité cotyloïde, comme je l'ai d'ailleurs dit en décrivant l'opération. La femme délivrée na-

turellement fut remise au lit. Elle n'avait perdu que fort peu de sang, mais, comme nous l'avons dit, elle était cependant dans un état de prostration profonde. On lui administra une potion laudanisée qu'elle vomit et qui fut remplacée par des pilules opiacées. Vers le soir, quatre selles ; respiration courte ; radiale imperceptible, peau couverte de sueurs froides. Application de cruchons d'eau chaude, vin chaud coupé. Continuation des pilules opiacées.

Le 4, au matin, les selles ont cessé ; le ventre est un peu sensible, mais non météorisé ; la respiration est moins précipitée ; le pouls, quoique très-faible est redevenu perceptible au poignet, la sueur reste abondante et plutôt froide que chaude.

Après-midi, la réaction est un peu plus prononcée, sans être encore franche. La sueur, toujours abondante, est un peu moins froide, le pouls légèrement relevé, à 105, la face animée, la soif vive, les urines spontanées. Le vin est remplacé par du bouillon.

Le 5, la nuit a été assez bonne, la peau est plutôt chaude que froide, soif et sueurs moindres, ventre indolent, sauf sous la pression exercée dans la fosse iliaque droite, où je fais appliquer des cataplasmes.

Le 6, l'état est à peu près le même. Pouls à 108.

Le 7, le bas-ventre est un peu plus sensible à la pression, il est plus ballonné, et le pouls, toujours petit, s'élève à 115 ; quelques nausées se manifestent. Le moral reste cependant bon ; pas de frisson ; deux vésicatoires sont placés sur les côtés de l'utérus, l'état du pouls, la constitution excessivement chétive du sujet ne nous permettant de penser ni aux antiphlogistiques, ni même aux mercuriaux.

Dans la nuit du 7 au 8, vers 3 heures du matin, la femme perd un peu de sang noir, non fétide, par la vulve, et s'éteint sans secousse et sans agonie.

*Autopsie.* 10 avril, à midi : intestins météorisés, adhérents, par quelques fausses membranes molles, aux bords de l'utérus. Épanchement purulent — environ 120 grammes — dans le petit bassin.

*Utérus.* Il ne présente extérieurement rien de particulier, sauf dans le point correspondant à la branche horizontale du pubis droit, où l'on voit

une ligne transversale bleuâtre, ecchymotique et longue de 6 à 7 centimètres; cette ligne indique que la pression a surtout été forte sur ce point du viscère. Il n'y a pourtant là pas de ramollissement, pas plus que dans les autres points des parois utérines qui sont assez épaisses et revenues sur elles-mêmes. A l'intérieur, la matrice contient une couche de sang noir grumeleux, le col est peut-être un peu plus ecchymosé que d'ordinaire, mais il n'offre ni déchirure, ni ramollissement, ni odeur gangréneuse. Bref, l'épanchement péritonéal, les exsudats pseudo-membraneux et la ligne ecchymotique siégeant transversalement sur la partie antéro-inférieure droite de la matrice sont les seules lésions que nous constations.

Nous avons dit quelles sont la forme et les principales dimensions du bassin. Ajoutons que la tête du fémur gauche ou plutôt son col, car la tête est détruite, se trouve porté à la partie antéro-inférieure de la fosse iliaque externe, où il s'est formé une fausse articulation.

Observation XVI (communiquée à l'Académie de médecine de Belgique par M. le professeur Wasseige, de Liége). — *Rétrécissement du bassin* (7 1/2 *centimètres*). *Procidence du cordon ombilical Transforation du crâne.*

L..., Élisabeth, âgée de 25 ans, célibataire, couturière, née et domiciliée à Vaux, sous Chèvremont, a été fortement atteinte de rachitisme dans son jeune âge. Cette affection a laissé des traces profondes.

L... est d'une stature peu élevée; ses membres inférieurs, réduits à des proportions remarquablement petites, sont coutournés en tous sens. Enceinte pour la première fois elle n'a cessé de jouir, pendant toute la durée de sa grossesse, de la meilleure santé. Arrivée au terme de la gestation, elle a ressenti les premières douleurs du travail dans la nuit du 25 au 26 mars 1866. Les eaux amniotiques se sont écoulées dans la matinée du 26 et immédiatement après le cordon ombilical est apparu à la vulve.

L... entre à l'hospice de la Maternité le 27 après-midi. Nous procédons à l'examen par le toucher vaginal qui nous renseigne :

1) Un rétrécissement notable du bassin. Le diamètre antéro-postérieur

du détroit supérieur mesure 7 1/2 centimètres, mais les lignes sacro-cotyloïdiennes ont subi proportionnellement une plus forte diminution.

2) Une dilatation complète du col;

3) Une présentation du crâne en première position, variété transversale. Le pariétal droit est fortement engagé dans le haut du bassin; le pariétal gauche reste tout entier au-dessus du promontoire; aussi l'inclinaison de la tête est-elle assez marquée.

4) Une procidence du cordon ombilical; celui-ci est flasque et sans pulsations.

Par le palper nous confirmons le diagnostic de la présentation et de la position du fœtus.

L'indication dans ce cas est nette et précise; il faut diminuer le volume de l'enfant avant de chercher à l'extraire. C'est au procédé de transforation de M. le professeur Hubert que nous avons recours. Ce procédé, décrit dans le cours d'accouchements de ce professeur, nous avait été communiqué depuis longtemps par cet obligeant collègue, et nous avions eu déjà l'occasion d'employer et d'apprécier ce mode de délivrance. La femme étant placée sur le bord du lit, comme pour l'application du forceps au détroit supérieur, et convenablement maintenue, nous chargeons un aide de fixer la tête.

Nous introduisons dans les parties quatre doigts de la main gauche préalablement graissés, qui par leur écartement circonscrivent un espace quadrangulaire et touchent la tête. C'est dans l'intervalle de ces doigts que nous glissons la poire du terebellum dont le manche est tenu par la main droite. Nous imprimons à l'instrument quelques tours de spire et bientôt nous pénétrons dans la boîte crânienne. Quelques mouvements exécutés en tous sens suffisent pour réduire en bouillie la pulpe cérébrale.

La poire pouvant alors être guidée facilement dans la cavité du crâne, nous nous assurons de la position exacte du trou occipital. Cette recherche qu'on pourrait considérer, à première vue, comme difficile, est en réalité de la plus grande simplicité. Tout accoucheur peut facilement s'en convaincre *par un seul essai.*

La connaissance du trou occipital étant acquise et celle du point occupé

par la face étant obtenue par le toucher, il devient facile de porter l'extrémité du terebellum sur le corps du sphénoïde qu'il importe d'attaquer. Avant de perforer cet os, il convient de fixer convenablement, par l'introduction d'une branche protectrice, la tête du fœtus, qu'on pourrait, sans cette précaution, s'exposer à dépasser. Cette branche, tenue par la main droite, est appliquée du côté droit, sur la face.

L'instrument étant articulé en plaçant la tige du terebellum dans la gouttière que présente le manche de la branche protectrice et en la fixant dans cette position par deux petits taquets mobiles que l'on trouve sur un des bords de la gouttière, nous poussons à fond le terebellum pour que les parties à diviser soient seules interposées entre la pointe du perforateur et la branche protectrice. Nous imprimons au terebellum quelques tours; l'os est bientôt percé, mais, pour obtenir une solution de continuité assez étendue, le ventre de la poire du terebellum doit pénétrer à son tour; ce qu'on obtient en imprimant à l'instrument deux tours de plus.

Un premier trou étant fait, nous rentrons la poire du perforateur dans le crâne, nous désarticulons; nous changeons quelque peu les rapports de la branche externe, nous réarticulons l'instrument et nous pratiquons un deuxième trou.

Les branches étant ensuite serrées l'une contre l'autre à l'aide d'une petite vis située sur les côtés de la gouttière, nous exécutons une légère traction pour nous assurer jusqu'à quel point la tête était réduite. Nous sentons aussitôt qu'elle s'engage; nous tirons dans la direction des axes du bassin, en touchant fréquemment pour reconnaître l'état des parties, et nous amenons bientôt un enfant du sexe masculin.

L'opération a été rapide; la délivrance est naturelle.

Nous examinons immédiatement après la tête de l'enfant. En la pressant dans le sens du diamètre bi-pariétal, on obtient une réduction extrême; la base du crâne est complétement démolie.

Nous ouvrons le crâne et nous constatons que toute la partie de la base, à gauche de la selle turcique, est broyée. La grande aile du sphénoïde, l'apophyse ptérygoïde, le temporal et l'occipital du côté indiqué sont détruits. Le centre du sphénoïde a échappé en raison de l'obliquité de la

tête, ce qui n'arrivera plus à l'avenir, grâce aux dernières modifications apportées à l'instrument par son auteur (1).

OBSERVATION XVII. — *Bipare. Bassin de 7 centimètres. Présentation vicieuse de l'enfant. Version. Transforation du crâne. Couches naturelles.*

Thérèse Wilk... est de petite taille. Sauf la brièveté relative et une légère incurvation des membres inférieurs, elle ne présente cependant pas les marques évidentes du rachitisme.

Elle ne se rappelait ni la date de ses dernières règles ni celle des premiers mouvements de son enfant, quand elle entra à la maternité, le 30 mars 1867, à 3 heures du matin.

Les douleurs avaient produit l'effacement et un commencement de dilatation du col, mais aucune partie fœtale n'était accessible au toucher. D'une autre part, les parois du ventre étaient si fermes qu'elles ne permettaient pas d'établir un diagnostic précis. La forme ovoïde de l'utérus faisait cependant penser que la présentation était naturelle. Plus tard, à la rupture des membranes, il s'écoula des eaux sales, bourbeuses, très-fétides, et quand la tête devint accessible, on reconnut qu'elle était toute déformée par la disjonction et le chevauchement exagéré des os. L'enfant était donc mort depuis quelques jours déjà quand il fut expulsé, le 3 avril. Il était d'ailleurs beaucoup trop petit pour être à terme et cette circonstance jointe à sa décomposition très-avancée explique comment son expulsion, quoique lente à s'opérer (quatre jours de douleurs), s'était effectuée spontanément.

A terme d'une seconde grossesse, Thérèse Wilk... ressentit les premières douleurs dans la soirée du 30 mars 1868 et entra à la maternité le 31, vers 8 heures du matin.

Je ne pus la voir qu'à 6 1/2 heures du soir. Le col de la matrice était à peu près complétement dilaté et les membranes encore intactes contenaient

(1) Notre excellent collègue se fait illusion sur ce dernier point, mais qu'importe que le centre du sphénoïde reste parfois intact, si deux perforations comme celles qu'il a pratiquées, produisent le résultat indiqué.

une anse de cordon ombilical dont les pulsations étaient manifestes. Même avec deux doigts, il me fut impossible d'atteindre à aucune partie du fœtus. Quoique les organes ne fussent ni chauds ni secs, cette exploration était supportée avec une extrême impatience, comme celles qui avaient eu lieu antérieurement d'ailleurs.

L'examen du ventre n'est pas facile non plus; car les parois abdominales sont d'une résistance peu commune, et celles de l'utérus sont tendues par des contractions presque incessantes, que le palper réveille et surexcite. Je reconnais cependant au-dessus de la fosse iliaque gauche, presque au niveau et un peu en dedans de la crête iliaque, une tumeur large et dure qui me semble être la tête; à droite et sur un plan plus élevé, presque à l'angle droit du viscère, je constate l'existence d'une autre tumeur volumineuse et, plus profondément, la saillie anguleuse d'un membre. Le bruit cardiaque s'entend surtout à deux travers de doigts au-dessous du nombril, ce qui confirme le diagnostic d'une présentation du plan latéral du fœtus, en position dorso-antérieure.

La tête se laisse ramener un peu en bas et en dedans jusque contre la partie gauche de la colonne lombaire, mais sans devenir accessible par le vagin; elle reprend sa situation première dès qu'elle est abandonnée à elle-même. La procidence du cordon ombilical et le vice du bassin sont d'ailleurs des circonstances qui m'empêchent de tenir beaucoup au succès de la manœuvre, et j'y renonce bientôt.

A 8 heures, les étudiants sont réunis. Nous avons dit que la femme supportait mal le toucher le plus simple. Nous avons la certitude qu'elle supportera plus impatiemment encore les manœuvres nécessaires, et nous la soumettons au chloroforme. Mais tout ce qu'elle en éprouve après une heure d'emploi, c'est un vomissement pendant lequel les eaux s'écoulent brusquement, entraînant avec elles une longue anse ombilicale. J'introduis immédiatement la main et j'amène bientôt le pied droit en position transversalement droite. J'y place un lacs et les pulsations du cordon s'affaiblissant bientôt, j'exerce des tractions. Elles doivent déjà être considérables pour amener le pelvis dans le petit bassin et de là à l'extérieur. Le thorax résiste bien davantage et je dois tirer *fortement* et *longtemps,* avant de

pouvoir procéder à l'extraction des bras. La tête reste à son tour au-dessus du détroit supérieur et je n'y parviens qu'en introduisant toute la main jusqu'à la racine du pouce. J'arrive à l'oreille gauche qui se trouve un peu au-dessus du promontoire, mais il m'est impossible d'atteindre à la mâchoire inférieure. La présence du cou, l'étroitesse du canal et le resserrement du col de la matrice sur la base du crâne, ne me permettent de pénétrer d'aucun côté, et ces conditions sont telles qu'il me serait impossible de faire passer les deux branches d'un forceps ordinaire et moins encore celles du forceps-scie ou du céphalolotribe. Je ne le tente pas, et comme rien ne presse, je me demande si le levier ne pourrait pas être appliqué. Je fais reporter le tronc fortement en arrière et je glisse deux doigts derrière la symphyse pubienne, mais j'ai de la peine à bien accrocher le col et je sens que la tête déborde trop les *pubis en avant,* pour que le bec de l'instrument puisse passer au devant et au-dessus d'elle. Je ne l'essaie même pas.

Le corps de l'enfant étant de nouveau relevé vers l'aîne gauche, je réintroduis la main gauche dans la concavité du sacrum et je parviens à insinuer deux doigts sous le bord *postérieur gauche* du col ; je pousse la branche protectrice de mon transforateur dans cette direction ; elle rencontre d'abord quelque résistance, car mes doigts ne la précèdent pas à toute la hauteur désirable ; elle pénètre pourtant et lorsqu'elle est en place, sa gouttière se trouve dirigée en avant et à droite. J'introduis alors la poire du transforateur et lorsqu'elle est au-dessus de la gouttière, c'est-à-dire à l'entrée du vagin, j'articule. Je la pousse en la faisant précéder de deux doigts, jusque contre la base du crâne dans laquelle je l'enfonce par des mouvements de rotation. La résistance qui m'est opposée m'indique que je traverse un os épais et solide. Je pousse l'instrument à fond, je lui imprime les deux tours supplémentaires, puis je le ramène dans la boîte crânienne; je change un peu sa direction, sans le désarticuler et le pousse de nouveau à fond ; je rencontre encore un peu de résistance mais moins qu'à la première fois, ce qui me fait croire que j'ai seulement élargi la perforation de la voûte.

J'exerce quelques tractions. Il ne s'échappe que 15-20 grammes de

matière cérébrale. Néanmoins, la tête se moule peu à peu dans le détroit supérieur et lorsqu'elle l'a franchi, je laisse pivoter la tige du terebellum vers la symphyse pubienne et la branche protectrice en arrière. L'occiput se trouvant ainsi ramené en avant, je n'ai qu'à relever l'instrument vers l'abdomen de la femme, pour voir la face, le front et la voûte du crâne se dégager en arrière.

L'enfant pèse 2650 grammes sans la portion de cerveau évacuée par les deux ouvertures.

Le perforateur s'est frayé la voie immédiatement au-dessous de l'oreille *gauche,* rasant et brisant le rocher du temporal et les ailes du sphénoïde pour aller traverser la partie antéro-supérieure du pariétal *droit.* Cet os est fortement déprimé; outre le trou, il présente une fracture qui descend jusqu'à son bord inférieur. Le pariétal gauche conserve sa convexité, mais la région postéro-inférieure de la tempe offre une certaine dépression probablement due à l'action du promontoire.

La délivrance s'opère immédiatement. J'examine de nouveau le bassin. La base du sacrum s'atteint très-facilement mais le promontoire élevé, dévié en avant et à gauche est un peu plus difficile à atteindre. Il est à 8 1/2 centimètres du bas de symphyse pubienne, ce qui donne, après réduction, un diamètre sacro-pubien de 7 centimètres.

Les couches furent complétement normales. La femme n'accusa pas la moindre douleur et pendant les quatre premiers jours son pouls ne s'éleva pas au delà de 60.

*Réflexions.* — Quoique l'étroitesse pelvienne ne soit pas extrême, je crois pouvoir insister sur le service que le transforateur m'a rendu dans cette observation. Le premier enfant de cette femme, né avant terme et dans un état de ramollissement très-avancé, avait laissé les organes génitaux aussi étroits et aussi fermes que chez une primipare; la présence du cou dans le bassin enlevait à la main une grande partie de sa liberté et le col de la matrice était tellement resserré sur la base du crâne que je pouvais à peine y insinuer l'extrémité de deux ou trois doigts et que ce ne fut pas sans quelque difficulté que j'y fis pénétrer la branche protectrice de l'instrument, bien qu'elle soit fort étroite. D'autres plus habiles y seraient

peut-être parvenus, mais pour moi, j'affirme que je n'aurais su appliquer ni le forceps ordinaire, ni le forceps-scie, ni le céphalotribe, ni le levier. Sans le transforateur, j'aurais donc dû pratiquer la décollation et lutter ensuite contre toutes les difficultés d'une crâniotomie à exécuter sur une tête retenue seule au-dessus d'un bassin de 7 centimètres et dans une matrice dont le segment inférieur se trouvait fortement rétracté.

Grâce au nouvel instrument dont une seule branche étroite devait pénétrer dans la matrice, là où elle trouvait de la place, en écartant, s'il avait été nécessaire, la tête du fœtus, sans qu'il fût ensuite besoin d'introduire une autre branche dans une position précise, c'est-à-dire très-exactement en regard de la première, j'ai pu obtenir une réductibilité du crâne telle que la résistance du bassin et celle des parties molles ont été graduellement surmontées, sans exiger d'autres efforts que ceux qu'on exerce habituellement avec un forceps appliqué au détroit supérieur, chez une femme bien conformée.

Si les tractions avaient dû être plus énergiques, j'aurais fait un second et, s'il l'avait fallu, un troisième trou dans la base du crâne, eussé-je dû, à cette fin, pratiquer la section du cou, pour pouvoir mieux choisir les points à attaquer.

Comment se fait-il que le terebellum ait pénétré sous l'oreille gauche qui se trouvait en arrière? C'est que la traction exercée sur le tronc pour le relever vers l'abdomen de la mère, avait abaissé cette oreille et l'avait ramenée vers le centre du bassin, en même temps qu'elle avait reporté la voûte du crâne en arrière; la preuve en est que le bec de la branche protectrice, appliquée obliquement en arrière, au lieu de rester sur le pariétal gauche s'était avancé jusque sur le pariétal droit, qui s'est trouvé ainsi percé par le transforateur.

Si j'avais pu atteindre la mâchoire inférieure, c'est entre ses branches que j'aurais enfoncé l'instrument, pour attaquer le corps même du sphénoïde, et cela eût mieux valu, mais bien que le rocher du temporal n'eût pas même été traversé en plein, bien que les ailes du sphénoïde aient seules été brisées, la réduction n'en a pas moins été suffisante et l'extraction si inoffensive que les couches furent exemptes de toute apparence d'accidents.

OBSERVATION XVIII. — *4e accouchement. Procidence du cordon. Présentation vicieuse corrigée par manœuvres externes. Enfant mort. Transforation du crâne. Extraction des plus faciles. Couches naturelles.*

La femme Vander G... qui fait le sujet de notre neuvième observation, à terme de sa seconde grossesse, ressentit les premières douleurs le 11 mars 1866, à 5 heures du matin et perdit ses eaux à 7 heures, lorsque le col offrait environ 3 centimètres de diamètre. La tête se présentait en position transversale gauche et restait au-dessus du bassin. Les contractions ne devinrent expulsives que dans la nuit du 11 au 12, mais elles furent très-énergiques de 1 à 9 1/2 heures du matin. Elles avaient produit un léger engagement de la voûte du crâne et une tuméfaction considérable du cuir chevelu quand nous fîmes alors l'application du forceps. L'instrument placé dans le diamètre oblique droit saisit la tête de l'apophyse mastoïde gauche à la bosse coronale opposée, et des tractions énergiques et prolongées amenèrent un enfant de 3 1/2 kilogrammes, dont le cœur donnait encore quelques pulsations, mais que nous ne pûmes ranimer. L'os pariétal gauche offrait une dépression profonde produite par le promontoire.

Le diamètre occipito-mentonnier était de 140 millimètres.
L'occipito-frontal de . . . . . 112 »
Le bipariétal de . . . . . 92 »
Le sous-occipito-bregmatique de . . 100 »

Une troisième fois à terme, la femme Vander G... commença à souffrir dans la journée du 5 avril 1867, et entra à la maternité le 6, à 2 heures du matin, une heure après la rupture des membranes. La dilatation du col était à peu près complète, et les douleurs avaient déjà dû être énergiques avant l'écoulement des eaux, car le caput succédaneum ne permettait pas au doigt de reconnaître la position. L'examen du ventre indiquait une céphalo-iliaque gauche antérieure.

A 10 heures, le forceps étant appliqué dans le diamètre oblique droit et

un lacs étant placé au-dessus du pivot, des tractions furent exercées autant que possible d'après l'axe du détroit supérieur, mais il fallut les continuer longtemps, car l'accouchement n'était terminé qu'à 11 1/2 heures.

Pendant ces efforts, nous avions perçu, à deux reprises, une sorte de craquement qui nous avait fait croire que l'obstacle était franchi, mais dont la production s'expliqua ensuite par la fracture du pariétal gauche qui s'était trouvé en rapport avec la saillie du promontoire. L'enfant, volumineux, ne donna aucun signe de vie.

Les suites de ces deux accouchements laborieux furent cependant naturelles, sauf une rétention d'urine qui se dissipa la première fois au sixième jour, et la seconde, au huitième jour.

La femme Vander G... ne tarda pas à redevenir enceinte et quoique nous lui eussions donné de nouveau le conseil de se faire accoucher prématurément, elle était bien à terme de sa quatrième grossesse, quand elle entra à la maternité le 7 mai 1868, à midi. Les eaux s'étaient écoulées vers 11 heures, entraînant avec elles une très-longue anse du cordon ombilical. Celui-ci était gros, tendu, bleuâtre, et offrait des pulsations assez fortes mais un peu ralenties.

Il remplissait presque toute l'ouverture du col, mais le pourtour de cette ouverture était assez souple pour permettre le passage de deux doigts, que je portai en tout sens et aussi profondément que possible sans atteindre à aucune partie fœtale.

En examinant le ventre, je trouvai la tête du fœtus à gauche, au-dessus du niveau de la crête iliaque et située profondément en arrière; le siége était à droite, un peu plus haut, vers l'angle droit de l'utérus, le dos en avant et le bruit cardiaque superficiel, ce qui me fit porter le diagnostic d'une présentation du plan latéral droit du tronc, et d'une position dorso-antérieure.

L'enfant étant baptisé, j'opérai la réduction du cordon, au moyen de mon petit appareil, mais quoique la sonde fût portée si haut que son extrémité inférieure se trouvait tout au fond du vagin, deux petites anses du cordon n'avaient pas cessé d'être accessibles dans le col de la matrice.

Comme l'écoulement des eaux ne datait que d'une heure et que les dou-

leurs n'étaient encore ni fortes ni très-fréquentes, j'exerçai quelques pressions sur la tête et je parvins à la ramener en avant et en bas, vers la fosse iliaque gauche, sans cependant la rendre accessible au toucher, par le vagin.

Je dis à la femme de se tenir couchée sur le flanc gauche et quand je la revis à 3 heures, j'eus la satisfaction de reconnaître que, grâce au décubitus et sans doute aussi aux contractions de la matrice, la tête était ramenée au centre du bassin. Elle se présentait en position occipito-iliaque droite, mais fortement inclinée sur le pariétal gauche. Les battements du cordon étaient devenus faibles et rares ; la tête restait encore trop élevée et surtout les parties n'étaient pas suffisamment dilatées pour permettre de penser à une intervention quelconque.

A 7 1/2 heures du soir, l'enfant avait succombé, la dilatation du col était à peu près complète, mais les douleurs, quoique franchement expulsives et énergiques depuis plus de quatre heures, n'avaient pas produit l'engagement du crâne. Je soumis la femme à un certain degré d'anesthésie, moins pour lui éviter les douleurs de l'opération qu'elle ne redoutait nullement et qu'elle demandait elle-même, que pour permettre l'entrée des élèves en médecine. Quatre doigts de la main gauche conduisirent le poinçon recouvert d'une forte boulette de cire, contre la partie postérieure du pariétal gauche et aussi en avant que le permettait la lèvre antérieure du col.

Pour empêcher la tête de fuir, car elle était encore fort mobile, je chargeai mon fils d'appliquer une de ses mains sur l'hypogastre et l'autre sur le fond de l'utérus et d'appuyer avec une certaine force, pour fixer l'enfant sur le détroit.

Lorsque le terebellum fut dans la boîte crânienne, je plaçai la branche protectrice en arrière et à droite et je fis deux trous qui se confondirent en n'intéressant qu'un os mince.

Une partie du cerveau s'échappe après ce premier temps.

Le perforateur étant rentré dans le crâne, je retirai la branche protectrice pour la replacer au devant de l'articulation sacro-iliaque gauche. Je fis une première perforation qui n'entama qu'un os mince; puis l'instrument étant reporté un peu plus haut et son bec tourné plus en dedans, je fis un second trou à travers un os mince, comme le premier, enfin le tere-

bellum étant de nouveau ramené dans le crâne et le bec de la branche protectrice étant poussé plus profondément et dirigé cette fois plus en dehors, j'atteignis un os un peu plus épais et plus résistant que les précédents, mais moins cependant que le sphénoïde.

Je croyais que, pour entamer celui-ci, je devrais ramener la branche protectrice elle-méme plus en dehors et en avant, mais avant de m'y décider, je fis une traction sur l'instrument et je vis la pulpe cérébrale s'évacuer largement, ce qui m'annonçait que la voûte du crâne au moins se réduisait, et effectivement je constatai par le toucher qu'elle s'engageait et qu'elle commençait à dépasser le col. Je continuai donc les tractions en reportant d'abord la tige du terebellum un peu à droite, et peu à peu, sous des efforts très-modérés, j'amenai la tête jusqu'au détroit inférieur et je le lui fis franchir en ayant soin alors de diriger le terebellum vers le sommet de l'arcade pulvienne pendant que la branche protectrice se reportait vèrs le sacrum et le coccyx.

Comme les précédents, l'enfant était volumineux et pesait un peu plus de 3 kilogram. sans la portion de cerveau évacuée pendant son extraction.

Nous avons dit que la tête en position occipito-iliaque droite se présentait par le pariétal gauche plutôt que par sa voûte.

Outre l'ouverture faite derrière la bosse pariétale gauche, il en existait une un peu au-dessus et en arrière de l'oreille droite, une autre un peu plus en avant, à la partie inférieure de la tempe droite, et enfin une troisième dans l'orbite du même côté. En introduisant le doigt par cette dernière, on pouvait constater que les aîles du sphénoïde et le rocher du temporal droit avaient été effleurés et brisés plutôt que traversés par l'instrument. Quant au corps du sphénoïde, il était resté intact, et cependant toute la tête se laissait aplatir sous la seule pression des doigts depuis l'occiput jusqu'à la face. Le diamètre bi-malaire n'avait subi qu'une réduction fort légère, mais en se reportant vers un diamètre oblique, il avait traversé le détroit supérieur sans rencontrer de résistance. L'extraction s'est, en effet, effectuée lentement mais avec la plus grande facilité et sans la moindre violence.

Ce fait vient donc prouver, avec plusieurs autres, que dans les rétrécis-

sements moyens et même quand l'enfant est volumineux, l'extraction est non-seulement possible, mais souvent fort aisée sans que le corps du sphénoïde soit entamé.

Sa fracture n'est, en effet, nécessaire que pour la réduction de la face. Or, quand toute la tête est aplatie jusqu'au diamètre bi-malaire, celui-ci pivote presque toujours, au besoin, vers un diamètre du bassin capable de le recevoir.

Les couches de cette femme furent des plus naturelles et le pouls dans les quatre premiers jours ne s'éleva jamais au-dessus de 60 et descendit même à 48. Il ne fallut, cette fois, recourir au cathétérisme que dans les vingt-quatre premières heures.

Observation XIX (1). — *Rétrécissement du bassin (forme oblique ovalaire). Sphénotrésie, insuccès. Sciage de la tête. Suites des couches heureuses. Guérison.*

Le 28 novembre 1866, V..., Christine, tricoteuse, domiciliée à Liége, quai d'Avroy, se présente à la clinique des accouchements.

V... est d'origine prussienne, d'une petite taille et âgée de 40 ans. Elle est célibataire. Ses premières années ont été marquées par l'apparition du rachitisme dont la durée a été assez longue; plus tard la santé revint et les règles apparurent à l'âge de 19 ans.

V... est à sa deuxième grossesse.

Le premier accouchement eut lieu à terme à l'aide du forceps-scie. L'opération, parfaitement conduite, a permis à l'accouchée de quitter l'hospice au bout de quinze jours. Elle avait alors 35 ans.

La grossesse actuelle, à terme aussi, a présenté dès le début une perte d'appétit qui s'est aggravée par des vomissements survenant tous les matins et par une insomnie à peu près complète.

Cette femme ayant les membres inférieurs raccourcis, mais nullement

(1) Cette observation nous a été communiquée par M. Ad. Wasseige, professeur à l'Université de Liége, chirurgien-adjoint des hospices civils.

déformés, nous avons dû chercher ailleurs que dans le rachitisme la cause d'un vice très-prononcé du bassin dont nous allons parler.

*Exploration digitale.* Le sacrum fortement recourbé, à la base duquel on parvient facilement, se dirige à gauche, la symphyse pubienne est déjetée vers la droite, la ligne innominée gauche est peu incurvée, la droite, au contraire, l'est d'une façon exagérée, le pubis du côté gauche fait saillie dans le bassin, l'arcade pubienne est rétrécie.

*Exploration instrumentale* du bassin au moyen du pelvimètre universel de Van Huevel. Le diamètre antéro-postérieur mesure 6 centimètres. La distance de l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est de 18 1/2 centimètres, celle de l'épine iliaque postéro-supérieure gauche à l'épine iliaque antéro-supérieure droite est de 22 1/2 centimètres.

Combinant les résultats de ces deux explorations, nous sommes amené à conclure que si le rachitisme a contribué à rétrécir le bassin, ce qui est hors de doute, c'est surtout à la déformation signalée par Nægele, l'arrêt de développement de l'aile gauche du sacrum et de la partie correspondante de l'os iliaque (bassin oblique ovalaire) que nous devons la viciation du bassin telle que nous l'observons.

Les dimensions données ci-dessus ne nous permettaient pas, au terme de la grossesse, de conserver le plus léger espoir de voir un accouchement plus ou moins laborieux se terminer par les voies naturelles.

Le choix n'était possible qu'entre l'opération césarienne et l'embryotomie. La femme se refusant à la première opération, il ne nous restait plus que l'embryotomie.

L'examen par le toucher nous apprend, en outre, l'existence de la poche des eaux, la dilatation complète du col, la présentation inclinée du crâne.

Le palper et l'auscultation nous permettent de confirmer le diagnostic de la présentation et de fixer celui de la position en 2$^{me}$ pos. V. T.

Nous nous décidons à pratiquer la sphénotrésie (méthode de M. le professeur Hubert) et nous pratiquons la rupture de la poche des eaux.

La voûte du crâne est perforée par le terebellum, la masse cérébrale est broyée, la branche externe ou protectrice est appliquée vers la face, la

branche interne est portée vers la selle turcique, l'instrument est articulé. Nous tirons sur la branche externe et en même temps nous poussons sur la branche interne.

Nous nous apercevons qu'il y a trop peu de distance entre la partie inférieure de la gouttière de la branche externe et la partie supérieure du manche de la branche interne pour que la base du crâne soit comprise entre les deux branches. Nous désarticulons, nous cherchons à appliquer l'instrument plus convenablement sans mieux réussir dans nos tentatives.

Quelques essais nous conduisent toujours aux mêmes résultats, ce qui dépend, selon toute probabilité, de l'inclinaison de la tête. Nous faisons cependant un trou pour constater par la suite le point que nous avons atteint, et n'espérant pas pouvoir terminer l'accouchement dans ces circonstances, nous renonçons à la sphénotrésie.

Le forceps-scie est appliqué suivant la méthode ordinaire, nous cherchons à saisir la tête en portant, autant que possible, les manches de l'instrument en arrière. La section ne représente rien de remarquable. Pendant l'extraction de la tête, les segments crâniens s'échappent du forceps, dès qu'ils sont arrivés sur le plancher périnéal.

Le forceps retiré, nous saisissons, à l'aide de tenettes, le segment postérieur, et nous l'extrayons rapidement, cette portion est petite et les attaches au tronc sont lâches.

Le segment antérieur, serré à son tour entre les pinces à mordache, est ensuite amené au dehors avec toutes les précautions usitées.

Le fœtus du sexe masculin est d'un volume ordinaire.

Délivrance naturelle.

*Examen du fœtus.* Le terebellum a pénétré dans le crâne par l'occiput et de là il s'est dirigé vers l'orbite droit. La fosse cérébrale moyenne est la dépression dans laquelle nous avons porté la poire du terebellum et que nous avons confondue avec le trou occipital, nous avons perforé la voûte orbitaire droite.

Quant au forceps-scie, il a divisé le crâne en deux parties inégales. La coupe part du sommet et aboutit sous l'oreille droite. Toute la base du crâne est intacte.

*Suites des couches.* Premier jour, état satisfaisant, ralentissement du pouls. Deuxième jour. — Frisson, fièvre, région hypogastrique sensible, lochies nulles, face altérée.

10 sangsues *loco dolenti.* Cataplasmes émollients. Diète.

Troisième jour. — Douleurs vives, lochies peu abondantes. Fièvre.

Frictions mercurielles belladonées. Cataplasmes. Diète.

La métrite cède au traitement, l'ovaire gauche s'enflamme à son tour, la guérison ne tarde pas à s'opérer sous l'influence des frictions hydrargiriques et des cataplasmes.

V... peut quitter l'hospice entièrement rétablie le 15 décembre 1866.

*Réflexions.* L'instrument de M. le professeur Hubert a donc échoué cette fois dans nos mains. Cet échec tient-il *à la position de la tête, à l'instrument* ou au peu d'habitude que nous avons à le manier. Nous l'avouons franchement, il est probable que, possédant mieux le nouveau procédé, nous aurions su, dans ce cas difficile, en tirer un meilleur parti.

Peut-être aussi, en faisant redresser la tête, ce qui n'était pas impossible, par l'aide chargé du soin de la maintenir, eussions-nous vu nos efforts couronnés de succès.

Sans pouvoir ici établir sur cette observation et sur deux ou trois autres qui nous appartiennent un parallèle complet entre le sciage de la tête et la spl énotrésie, ce qui n'est pas possible, à cause du petit nombre de matériaux dont nous disposons, qu'il nous soit permis cependant d'appeler l'attention de ceux qui voudront étudier et comparer ces deux modes de délivrance sur quelques points qui nous paraissent assez intéressants et méritent une certaine considération.

Le sciage de la tête exige un aide intelligent pour maintenir la tête du fœtus, aider le chirurgien dans le placement des conducteurs de la scie et dans la manœuvre de la clef. On ne trouve d'ordinaire de tels aides que parmi les gens du métier.

Un accoucheur, connaissant l'instrument et sachant manier un forceps, peut, dans la plupart des cas, opérer le sciage; d'autres fois, cette opération devenant plus longue, lorsque les segments crâniens s'échappent du forceps, exige quelque dextérité de la part de l'opérateur.

L'extraction artificielle de la tête de l'enfant doit toujours être faite, car les segments crâniens pourraient se relever et lacérer les parties molles de la mère, si le chirurgien abandonnait l'accouchement aux seules forces de la nature.

La sphénotrésie, au contraire, ne demande qu'un aide suffisamment intelligent pour fixer la tête fœtale ; ces aides se rencontrent partout.

Par contre, elle exige, à notre avis, de la part de l'opérateur, plus de connaissances, plus de pratique de son art. Elle permet de confier sans aucun risque la terminaison de l'accouchement à la nature.

Préférant en principe une méthode qui exige peu de l'aide, beaucoup du chirurgien, nous continuerons à étudier la sphénotrésie avec toute l'attention qu'elle mérite, persuadé que cette méthode peut résoudre le problème si ardu d'une embryotomie facile et avantageuse pour la mère.

Il nous serait assez difficile d'émettre une opinion définitive à ce sujet. L'expérience seule pourra résoudre la question de la supériorité de l'une ou l'autre méthode, mais, en terminant, faisons des vœux pour que d'autres accoucheurs plus habiles ou plus heureux que nous apportent leurs contingents de lumières et le résultat de leurs observations pour éclaircir un point aussi intéressant de la science obstétricale.

L'impartialité nous faisait un devoir de publier cette observation de notre excellent ami, M. le professeur Wasseige. L'insuccès de l'instrument entre des mains aussi habiles a une signification que nous ne pouvons ni ne voulons nier. Nous nous demandons seulement si notre honorable confrère n'a pas échoué uniquement parce qu'il a manqué de confiance dans la méthode et parce qu'il a considéré la perforation du sphénoïde comme absolument indispensable au succès.

Du premier coup, le perforateur traverse la voûte orbitaire droite : la branche protectrice était donc appliquée sur l'œil ; portée un peu plus profondément et un peu plus en avant, elle tombait sur le nez et le corps du sphénoïde était atteint ; dirigée un peu plus en dedans, sur la pommette, ou un peu abaissée, sur la tempe, elle occupait une position telle que le terebellum devait rencontrer sur sa route les aîles du sphénoïde et le rocher du temporal. Or, s'il arrive quelquefois que la branche protec-

trice ne puisse être déplacée en totalité, il ne nous est jamais arrivé, après l'avoir fait pénétrer un peu plus profondément, de ne pouvoir en diriger le bec un peu plus en dehors ou en dedans. Or, un très-léger mouvement dans ce dernier sens, eût porté la cuiller sur la pommette et donné bonne prise au transforateur. Une ou deux ouvertures pratiquées dans le voisinage de ce point auraient produit tout l'effet nécessaire du côté de la face, et il eut suffi, croyons-nous, de reporter ensuite la branche protectrice de l'autre côté du bassin et d'y pratiquer une ou deux perforations, pour pouvoir extraire la tête sans difficulté. Notre dix-huitième observation suffirait à elle seule pour légitimer cette opinion que d'autres faits corroborent.

M. Wasseige a cru que le succès n'était possible qu'à la condition d'entamer le corps du sphénoïde et, ne le rencontrant pas, il a renoncé à son entreprise pour en venir à l'emploi du forceps-scie. Celui-ci a divisé le crâne en deux parties fort inégales, puisque la coupe partant du sommet aboutissait sous l'oreille droite et laissait *toute* la base du crâne *intacte*. N'est-il pas vraisemblable d'après cela que la transforation multiple, même sans atteindre la base du sphénoïde, aurait permis un affaissement de la voûte et des régions latérales de la tête tel que l'extraction serait devenue aussi facile qu'avec le forceps-scie et les pinces à mors ?

Nous croyons donc qu'avec un peu plus de confiance et de persévérance, notre habile confrère eût réussi. En présence du cas qu'il a rencontré, le terebellum étant engagé dans le crâne, nous aurions d'abord introduit la branche protectrice à droite et nous aurions pratiqué deux ou trois trous de ce côté ; puis nous aurions reporté la cuiller à gauche, vers la face, où nous aurions pratiqué trois ou quatre perforations, en les séparant autant que possible, mais sans nous préoccuper beaucoup des os entamés. Cela fait, nous aurions exercé quelques tractions graduées et lentes, en laissant à la pulpe cérébrale le temps de s'évacuer et au crâne le temps de se réduire et de se mouler dans le détroit supérieur. En cas de résistance considérable, nous aurions laissé agir la nature dont les forces étaient loin d'être épuisées, et, si elle s'était montrée insuffisante, nous aurions ensuite eu recours au forceps ou, au besoin, à quelques nouvelles perforations.

Mais cela n'eût probablement pas été nécessaire. Nous en avons aujourd'hui la conviction, en procédant comme nous venons de le dire, et même sans avoir la chance d'atteindre le corps du sphénoïde, on réduit la tête au seul diamètre bi-zygomatique et celui-ci se dirige toujours ou peut être dirigé vers un diamètre pelvien capable de lui livrer passage.

OBSERVATION XX (1). — *Bassin de 7 1/2 centimètres. Les quatre premiers accouchements ont été laborieux, terminés artificiellement et difficilement. Tous les enfants sont nés morts. Ce sont les seuls détails que M. Reynaert ait pu obtenir. Cinquième accouchement. Forceps insuffisant. Transforation. Couches heureuses.*

« La femme Isidore Dewit, âgée de 32 ans, à terme de sa cinquième grossesse, était en travail depuis plusieurs heures et les membranes venaient de se rompre, quand elle me fit appeler le 6 juin 1868, à 8 heures du matin. A mon arrivée, je remarque la déformation caractéristique des membres inférieurs indiquant que la patiente a été atteinte de rachitisme.

« Le promontoire est facilement accessible et la ligne sacro-sous-pubienne mesure 9 centimètres, ce qui donne 7 1/2 centimètres, pour le diamètre sacro-pubien. Les parois vaginales sont relâchées et flasques. Le col épais, mais assez mou, offre la largeur d'une petite paume de main. Le sommet, qui se présente, est élevé au-dessus du détroit supérieur et n'est accessible au doigt qu'en longeant la symphyse pubienne.

« L'examen du ventre par la palpation et l'auscultation permet de reconnaître que l'enfant vit et qu'il se trouve en première position.

« Prévoyant un accouchement long et laborieux, je baptise le fœtus *in utero* et j'ordonne des injections émollientes à pratiquer de deux en deux heures au moyen de l'irrigateur d'Éguisier.

« A 11 heures du soir, quinze heures après la rupture de la poche des eaux, et malgré les douleurs expulsives qui n'ont pas cessé de se manifester, la tête est peu ou point engagée au détroit supérieur; la dilatation du col est seulement un peu plus considérable. Les battements du

(1) Communiquée par mon ancien élève interne, M. Reynaert, docteur en médecine à St-Nicolas.

cœur s'entendent encore facilement. Je me décide à une application de forceps que j'opère sans trop de difficulté; mais malgré les tractions les plus énergiques, exercées au moment des douleurs et autant que possible d'après l'axe du détroit supérieur, je n'obtiens aucun résultat. Pendant ces tractions, la femme accuse des *crampes dans le membre inférieur gauche.*

« Au bout de plus d'une heure d'efforts inutiles, l'enfant continuant de vivre et la femme ne voulant pas entendre parler d'une opération sanglante, on la remet au lit et on lui pratique de temps en temps des injections émollientes.

« Le lendemain, à 11 heures du matin, j'apprends que la femme Dewit a assez bien reposé. La position de la tête de l'enfant n'a point changé; seulement le caput succedaneum très-développé s'engage dans le col, dont les lèvres sont tuméfiées. Du meconium s'écoule du vagin en assez grande abondance et le bruit cardiaque a complétement cessé. L'embryotomie est indiquée, et je donne la préférence à la transforation du crâne. Je perfore d'abord la voûte au moyen du terebellum, puis j'applique la branche protectrice à gauche et je pratique deux trous du côté de l'occiput; j'extrais alors la cuiller pour la reporter à droite sur la face et je fais quatre perforations, sans porter la dernière à fond, c'est-à-dire sans donner au terebellum les deux tours complémentaires. Les deux pièces de l'instrument étant fixées ensemble au moyen de la petite vis de pression, j'exerce quelques tractions; je rencontre d'abord une certaine résistance, parce que j'avais oublié de broyer le cerveau, mais cette résistance diminue à mesure que la masse encéphalique s'évacue; elle cesse bientôt tout à fait et j'amène sans peine la tête au dehors.

« Le tronc se laisse entraîner par quelques tractions exercées sur les aisselles au moyen des doigts. La délivrance a lieu quelques minutes après.

« En examinant la tête, qui est assez volumineuse, voici ce que je constate :

« Le corps et l'aile gauche du sphénoïde sont percés d'un trou; une seconde ouverture existe dans l'orbite gauche et une troisième dans l'os occipital. La tête se laisse aplatir avec la plus grande facilité, sous la pression de mes doigts.

« Les couches furent heureuses. Dès le quatrième jour, la femme Dewit se levait. Elle accusa seulement dans le membre inférieur gauche un certain engourdissement qui ne tarda pas à se dissiper et que j'attribue aux tractions faites sur le forceps, car c'est pendant l'emploi de cet instrument et non dans le cours de la seconde opération, que les crampes dues à la compression des nerfs s'étaient fait sentir dans ce membre. »

## TABLEAU C.

RÉSUMÉ.

| BASSIN. | Observations. | Morts. | ACCIDENTS INFLAMMATOIRES. | COUCHES NATURELLES. | PRÉSENTATION. |
|---|---|---|---|---|---|
| Diamètre bis-ischiatique : 47 millimètres | 15e | 15e | | | Sommet. |
| — sacro-pubien : 54 — | 3e, 5e | | 5 | 3 | Tronc sorti 3, 5. |
| — — 55 — | 11e | | | 11 | Sommet. |
| — — 58 — | 12e | | | 12 | Id. |
| — — 60 — | 7e, 19e | | 19 (1) | 7 | Id. 7, 19. |
| — — 65 — | 13e | | | 13 | Id. |
| — — 69 — | 1re | 1re | | | Id. |
| — — 70 — | 17e | | | 17 | Tronc; version. |
| — — 72 — | 10e | | | 10 | Front; face. |
| — — 75 — | 8e, 16e, 20e | | | 8, 16, 20 | Sommet 8, 16, 20. |
| — — 75 à 80 — | 4e, 9e, 14e, 18e | | | 4, 9, 14, 18 | Face 4; tête mal fléchie 9; sommet 14, 18. |
| — — 80 — | 2e, 6e | 2e | | 6 | Face 2; sommet 6. |
| | 20 | 3 | 1 (27) | 15 | |

(1) Dans l'observation 19, l'accouchement a été terminé au forceps-scie (Wasseige).

La transforation du crâne a donc été pratiquée vingt fois. Au point de vue des accidents inflammatoires qui sont venus compliquer les couches, nous serions peut-être autorisés à négliger l'observation XIX puisque l'accouchement a été terminé par le forceps-scie; mais nous ne le ferons pas et nous mettrons la métro-ovarite qui est survenue sur le compte de la tentative de transforation.

I. Sur ces vingt cas :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | femmes sont mortes : | 15 | pour 100. |
| 17 | — sont guéries : | 85 | — |
| 2 | — ont éprouvé des accidents inflammatoires : | 10 | — |
| 15 | — ont eu des couches naturelles : | 75 | — |

Sur 100 cas : 15 morts, 10 accidents inflammatoires, 75 couches naturelles.

II. Dans les rétrécissements moyens (c'est-à-dire de 66 à 80 millimètres), nous avons sur douze cas : 2 morts ou 16.66 pour 100, et 10 guérisons ou 83.33 pour 100.

Aucun cas d'accident inflammatoire.

Dix cas de couches naturelles : 83.33 pour 100.

Sur 100 cas : 16.66 morts, 00.00 accident inflammatoire, 83.33 couches naturelles.

III. Dans les rétrécissements extrêmes (de 65 millimètres ou au-dessous), nous avons sur huit cas, 1 mort ou 12.5 pour 100, et 7 guérisons ou 87.5 pour 100.

Deux cas d'accidents inflammatoires : 25 pour 100.

Cinq cas de couches naturelles : 62.5 pour 100.

Sur 100 cas : 12.50 morts, 25.00 accidents inflammatoires, 62.50 couches naturelles.

Il peut paraître singulier que la mortalité ait été plus forte dans les cas de rétrécissements moyens que dans ceux de rétrécissements extrêmes ; c'est qu'elle a dépendu beaucoup moins de l'opération elle-même que des conditions dans lesquelles les femmes se trouvaient au moment où la transforation du crâne a été pratiquée. Nous avons la conviction que celle-ci n'a été pour rien dans l'issue funeste des observations I et II où le bassin présentait 69 et 80 millimètres, et que, si nous avions pu opérer à temps, la mortalité eût été nulle dans ces deux cas, comme dans les dix autres, de rétrécissement moyen. Nous croyons également que dans l'observation XV,

malgré la viciation extrême du canal pelvien, nous aurions sauvé la patiente, si nous avions pu recourir d'emblée à la sphénotrésie. La facilité avec laquelle la tête a été réduite et extraite, dans ces trois cas mortels, nous autorise, ce nous semble, à émettre cette opinion, et nous espérons que le lecteur impartial voudra bien la partager.

***Remarques.*** — Sur les vingt cas que nous venons de rapporter, le plus petit diamètre du bassin était

| | | | |
|---|---|---|---|
| de 47 | millimètres, | 1 fois | (obs. XV). |
| de 54 à 58 | » | 4 » | (obs. III, V, XI, XII). |
| de 60 à 69 | » | 4 » | (obs. VII, XIX, XIII, I). |
| de 70 à 80 | » | 11 » | (obs. XVII, X, VIII, XVI, XX, IV, IX, XIV, XVIII, II, VI). |

L'un des espaces sacro-cotyloïdiens était réduit à 35-40 millimètres, dans l'observation V, à 35 millimètres, dans l'observation VII, et à 25 millimètres, dans l'observation XV.

10 femmes étaient primipares (obs. I, II, III, V, VII, IX, XI, XII, XIII, XVI).

*b*) La tête s'est présentée :

***Par le sommet,*** 14 fois, 1 fois mal fléchie (obs. IX), 1 fois très-inclinée sur le pariétal (obs. XVI).

***Par la base,*** après version, 3 fois (obs. III, V et XVII).

***Par la face,*** 2 fois (obs. II, IV).

***Par le front,*** auquel nous avons substitué la face, 1 fois (obs. X).

L'instrument a donc été appliqué dans les divers modes de présentation de la tête.

Dans les présentations du sommet et dans celles de la face, son application et la transforation du crâne n'ont jamais offert la moindre difficulté, ni causé plus de douleur qu'une simple introduction de forceps ordinaire.

S'il n'en a pas été de même dans deux des trois cas où la tête se présentait par la base, c'est que les femmes étaient primipares, les enfants volumineux et les bassins réduits à 54 millimètres ; mais par dessus tout, c'est que l'instrument, encore très-imparfait, fonctionnait mal, c'est que son maniement et l'étendue de son action ne nous étant qu'insuffisamment

connus, nous avons hésité. Plus confiant aujourd'hui et muni d'une meilleure arme, nons irions plus droit et plus sûrement au but.

*c*) Dans les *présentations du sommet,* après la perforation de la voûte, nous avons pratiqué dans la base, *du côté de la face :* tantôt 3, tantôt 4, tantôt 5 trous.

Outre cela, un trou ou deux trous ont été pratiqués *du côté de l'occiput,* dans 5 cas.

Dans les *présentations de la face,* une seule perforation y a été pratiquée dans un cas, deux dans le second, et trois dans le troisième; la paroi opposée du crâne a, en outre, été traversée dans chaque cas.

Le *tronc étant sorti,* la base du crâne a été percée deux fois dans deux cas, et quatre fois dans l'autre. La voûte a été traversée en même temps dans les trois cas.

*d*) Les effets de ces transforations ont toujours été de permettre un affaissement du crâne tel que la pression des doigts suffisait pour appliquer les os pariétaux l'un contre l'autre, de sorte que, dans le sens transversal, il ne restait guère que le diamètre bi-malaire qui pût opposer quelque résistance. Celui-ci conservait le plus souvent 54 millimètres d'étendue, jamais plus, et dans trois cas (obs. X, XII, XV), il était réduit à 4 centimètres.

La réduction descendra toujours facilement à cette dernière limite et le succès de l'opération se trouvera ainsi assuré quand *le corps du sphénoïde* se trouvera brisé. Celui-ci est sûrement atteint quand, le tronc étant sorti, l'instrument est enfoncé dans le triangle sous-maxillaire; il l'est aussi sûrement et plus aisément quand, la face se présentant, la perforation se fait à travers la voûte palatine ou à travers la joue.

Il peut aussi l'être d'emblée dans les présentations du sommet, comme dans notre observation XII; le plus souvent, toutefois, on n'atteint d'abord que les ailes du sphénoïde, la portion écailleuse et le rocher du temporal, quelquefois l'apophyse mastoïde, d'un seul et même côté, mais cela suffit pour permettre à la tête de se réduire à la dimension que nous venons d'indiquer (54 millimètres de diamètre bi-malaire) et de franchir un bassin très-étroit. Si, par hasard, une réduction plus considérable était nécessaire, on essaierait de ramener la branche protectrice en avant, comme nous

l'avons fait dans notre observation XV, pour attaquer les deux côtés du sphénoïde, ou bien lorsque le diamètre bi-malaire serait descendu jusque contre l'obstacle, on pratiquerait une ou deux nouvelles perforations qui auraient alors toute chance d'attaquer le corps du sphénoïde lui-même.

*e*) L'extraction de la tête n'a pas toujours été nécessaire et nous croyons que, dans la plupart des cas, son expulsion pourrait être abandonnée aux efforts de la nature.

Dans notre observation III, le crâne, transforé de la base vers la voûte, fut expulsé spontanément et rapidement, quoiqu'il fût volumineux, que la femme fût primipare et que le bassin n'offrît que 54 millimètres.

Dans l'observation VII, le diamètre sacro-pubien était de 6 centimètres, et l'un des espaces sacro-cotyloïdiens se trouvait réduit à 35 millimètres. La tête, transforée de la voûte à la base, ne s'en dégagea pas moins en une heure de temps sous les seuls efforts de l'organisme.

Dans l'observation VIII, le bassin présentait 75 millimètres et l'expulsion de l'enfant s'effectua rapidement dès que les contractions utérines furent réveillées par l'action du seigle ergoté.

Dans l'observation IX, le diamètre sacro-pubien étant de 75 à 80 millimètres, il en eût sans doute été de même si les douleurs n'avaient fait défaut. La facilité avec laquelle la tête a été extraite au moyen du forceps ordinaire, nous autorise à émettre cette opinion.

Les couches de ces quatre femmes furent complétement naturelles.

On peut donc se demander si, en règle générale, et quand il n'y a pas urgence de terminer, il ne conviendrait pas de laisser à l'organisme le soin d'expulser la tête convenablement transforée. Nous croyons que la délivrance immédiate étant à désirer, il faut au moins l'essayer lentement et prudemment, car elle s'opère parfois avec une facilité étonnante. Si l'on rencontre une résistance quelque peu notable, on essaie de la lever en pratiquant une ou deux nouvelles perforations de la base et si cela ne suffit pas, on réussira quelquefois en reportant la branche protectrice vers un autre point du bassin, soit du même côté, soit *du côté opposé.*

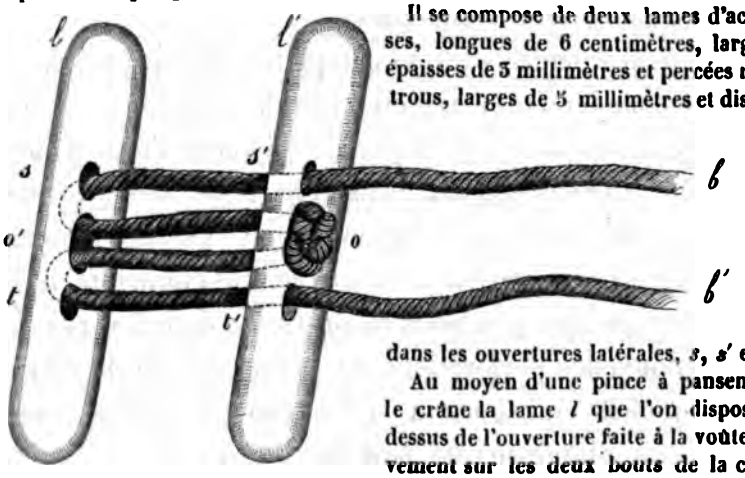
Dans le choix du parti à prendre définitivement, on tiendra d'ailleurs compte de l'état général de la femme, du degré de dilatation, de gonflement,

de chaleur, de sécheresse, d'irritation ou de spasme des organes génitaux et de l'énergie des contractions utérines.

Nous savons l'importance motivée que M. Pajot attache à l'absence de toute traction exercée sur une tête broyée par le céphalotribe, mais quand nous considérons les efforts auxquels on se livre souvent impunément, au moyen du levier, du forceps ordinaire ou du forceps à traction continue, nous croyons que, si les organes n'ont pas trop souffert déjà de la durée du travail ou des manœuvres antérieures, quelques tractions *modérées* faites sur une tête très-réductible et complétement recouverte par le cuir chevelu sont à peu près exemptes de danger. Si des quinze femmes, chez lesquelles il a été procédé à l'extraction immédiate, trois sont mortes, cela tient, comme nous le dirons bientôt, à ce qu'elles étaient déjà dans un état très-grave au moment où la transforation a été pratiquée. Chez aucune d'elles, d'ailleurs, l'extraction de l'enfant n'a présenté de difficulté sérieuse.

Lorsqu'on s'est décidé à l'expectation, si les efforts de la nature ne suffisent pas, il reste encore la ressource du tire-tête (1), du forceps ordi-

(1) Bien que les tire-têtes soient généralement abandonnés, nous nous permettons d'en présenter encore un, qui tient à la fois de ceux de Levret et de Mauriceau et qui est moins exposé qu'eux à lâcher prise. Il nous paraît remplir la triple indication d'empêcher le renversement en dehors des bords de la perforation de la voûte du crâne, de maintenir cette ouverture vers le centre du bassin et de permettre quelques tractions.




Il se compose de deux lames d'acier, *l*, *l'* à bords mousses, longues de 6 centimètres, larges de 15 millimètres, épaisses de 3 millimètres et percées respectivement de trois trous, larges de 5 millimètres et distants l'un de l'autre de 3 millimètres.

Les deux bouts, *b*, *b'*, d'une bonne ficelle nouée à son milieu, sont passés simultanément dans les ouvertures centrales, *o*, *o'* : puis respectivement dans les ouvertures latérales, *s*, *s'* et *t*, *t'*.

Au moyen d'une pince à pansement, on introduit dans le crâne la lame *l* que l'on dispose transversalement au-dessus de l'ouverture faite à la voûte; puis tirant alternativement sur les deux bouts de la corde, on fait pénétrer dans le vagin la lame *l'* qui va s'appliquer extérieurement sur l'ouverture céphalique dont elle soutiendra les bords avec une force proportionnelle aux tractions qui seront exercées sur les bouts *b*, *b'* de la corde.

naire, du petit forceps de Guyon, du levier, des pinces à mors, ou celle de nouvelles transforations.

Pourquoi proposer un instrument nouveau quand nous possédons le céphalotribe et le forceps-scie que beaucoup d'accoucheurs considèrent comme parfaits ou peu s'en faut?

La statistique que nous venons de présenter suffirait déjà à notre justification, car elle soutient avantageusement la comparaison avec celle fournie par ces deux céphalotômes (V. plus loin le relevé statistique).

Nous avons longtemps admis avec notre regrettable ami, M. Simon, que « aucun instrument, inventé jusqu'à ce jour pour diminuer la tête du fœtus, ne peut être comparé à celui de M. Vanhuevel pour la facilité de l'application, pour l'innocuité de son action, pour le peu de douleur qu'il occasionne à la femme et surtout pour le beau et grand résultat qu'il produit; que si la première place dans l'arsenal de l'accoucheur appartient au forceps ordinaire, la seconde doit, de toute justice, appartenir au forceps-scie (1). » Mais nous n'avons jamais pu admettre, avec l'honorable M. Lados, qu'il soit supérieur à tous les perce-crânes passés, présents et *futurs* (2). L'art n'a pas de limites, ou s'il en a, il s'en faut bien qu'il les ait atteintes. Quand on considère les merveilles réalisées par l'industrie, on est en droit de se demander si on ne laminera pas un jour le fœtus *in utero*: mais ce qu'on peut affirmer, c'est que, ce problème résolu, le *quœrite et invenietis* n'en restera pas moins une parole divine éternellement vraie.

Les chercheurs se font aisément illusion; ils prennent souvent le stras pour du diamant; nous le savons. Le diatrypteur croyait détrôner le forceps-scie et c'est à peine s'il conserve une petite place à côté des plus humbles perce-crânes. Ce triste exemple, nous l'avons devant les yeux, et il ébranle singulièrement notre confiance! Mais une déception doit-elle détourner de toute recherche ultérieure? Ce serait lui donner le pouvoir d'immobiliser la science.

L'idée de transpercer le crâne a dû se présenter plus d'une fois à l'esprit

(1) V. *Encyclographie des sciences médicales*, t. CCXXXIV, p. 123.
(2) V. *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 203.

des accoucheurs. Ant. Dugès l'a formellement émise (1), mais, arrêté sans doute par la crainte de blesser la femme, il n'en a pas même essayé l'application sur le vivant (2). Pour la rendre pratique, il fallait protéger sûrement les organes maternels et c'est ce que nous croyons avoir fait le premier (3).

Nous pouvons nous tromper sur la valeur de notre instrument, mais une voie nouvelle est ouverte et nous avons la satisfaction de voir qu'un homme d'une valeur considérable, M. le docteur Guyon, s'y engage résolument (4), et que ses premiers essais sont jugés dignes d'encouragements (5).

En proposant un nouveau procédé, sinon une nouvelle méthode de crâniotomie, nous ne venons d'ailleurs rien déprécier, rien détruire, et notre erreur, si c'en est une, ne privera le praticien d'aucune des ressources dont il dispose aujourd'hui; elle n'enlèvera rien à l'importance d'une invention que nous admirons plus que personne, ni au mérite de M. Vanhuevel qui est et restera une des gloires légitimes de la Belgique.

Cela posé, qu'il nous soit permis de comparer le transforateur avec les autres céphalotômes, en commençant par le forceps-scie.

### I. Parallèle du transforateur et du forceps-scie.

#### A. *Au point de vue de leur application.*

*a*) ***Forceps-scie.*** — Entre les mains de son inventeur, l'introduction du forceps-scie n'a jamais offert de difficulté sérieuse et dans les trente-six observations communiquées à l'Académie, par M. Marinus, c'est à peine

(1) *Manuel d'obstétrique.* Bruxelles, 1827, p. 313.

(2) La même crainte avait aussi empêché les frères Lollini, de Bologne, de fabriquer, autrement qu'en bois, un forceps transforateur dont ils paraissent avoir eu l'idée dès 1852. (V. *Bull. delle scienze mediche di Bologna.* Ser. V, vol. 3, p. 297.) Comme ils ont bien voulu me l'écrire, ce n'est qu'après avoir connu ce que j'avais fait qu'ils ont exécuté l'instrument qui figurait à l'Exposition universelle de Paris (1867) et sur lequel je reviendrai.

(3) Je prenais date par billet cacheté, déposé à l'Académie en juin 1860, et je pratiquais ma première opération en janvier 1861.

(4) M. Guyon, en faisant connaître son procédé dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1867, p. 203, dit que ses premières expériences remontent à la fin de décembre 1865.

(5) Nous voyons, en effet, que la Faculté de médecine de Paris a décerné à M. Guyon le prix Barbier pour une nouvelle méthode de céphalotripsie intra-crânienne. (V. *Gazette médicale de Paris*, 1867, p. 516).

s'il est fait mention de quelque retard dans l'application de la seconde branche (1).

Mais il n'en est déjà plus de même dans un des six faits rapportés par M. Simon (2), car, malgré son habileté exceptionnelle, cet éminent praticien ne parvient qu'avec infiniment de peine à placer l'instrument dans un bassin d'environ 67 millimètres (3).

Dans l'observation de MM. Lados et Fraeys, le diamètre sacro-pubien est de 75 millimètres, et cependant les cuillers ne peuvent être solidement assemblées; elles lâchent bientôt prise ; il faut les extraire, les réappliquer et ce n'est qu'après plusieurs essais qu'on réussit à rendre l'articulation complète (4).

Après les professeurs de nos universités, consultons les praticiens :

M. Coppée, dont l'expérience et la dextérité sont bien connues, nous apprend qu'il n'a pu appliquer ni le forceps ordinaire ni le forceps-scie dans un bassin de 6 à 6 1/2 centimètres (5).

MM. Van Petegem et Fredericq ont rencontré un cas où l'introduction du forceps-scie était devenue impossible, quoique le levier et le forceps ordinaire eussent été employés d'abord (6).

Dans la cinquième observation de M. Simon (7), la femme était atteinte d'ostéomalacie commençante, et deux chirurgiens de la ville de Liége avaient essayé, à diverses reprises, d'appliquer le forceps ordinaire, sans pouvoir parvenir à placer la seconde branche. Le forceps-scie, qui a réussi entre les mains de l'habile professeur, aurait donc sûrement échoué entre celles de ces deux praticiens.

D'où peuvent provenir les difficultés de l'application du forceps-scie?

Les causes de ces difficultés peuvent se rattacher : *a*) à l'instrument;

(1) V. le rapport de M. Marinus, dans l'*Encyclographie des sciences médicales*, tt. CCXXXII et CCXXXIII. V. aussi le mémoire de M. Vanhuevel, *Ibid.*, tt. CCXVIII et CCXIX.

(2) *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 61.

(3) *Encyclographie*, t. CCXXXVII, p. 39.

(4) *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1850, p. 244.

(5) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 279.

(6) *Ibid.*, 1861, p. 199.

(7) *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 64.

*b*) à la situation de la tête de l'enfant; *c*) à l'état des parties molles de la femme; *d*) à la conformation du bassin.

*a)* INSTRUMENT.

1) Les cuillers du forceps-scie sont larges de 42 millimètres dans une étendue considérable, et de 49 à 50 millimètres vers leur extrémité.

Cette largeur ne peut être diminuée *sans inconvénient,* parce qu'une diminution un peu notable, comme celle que M. Didot a proposée, les exposerait à mal embrasser la tête, à glisser sur elle ou à n'en séparer qu'un segment insuffisant (1).

Cette largeur ne peut même être diminuée sans un danger très-grave, puisque des cuillers étroites, placées sur les côtés d'un promontoire saillant, exposeraient celui-ci à être entamé par la scie (2).

2) Les deux branches du forceps-scie doivent toujours être placées *très-exactement en regard l'une de l'autre.* C'est là un rapport indispensable à leur articulation et au jeu de la scie.

Or, d'assez nombreuses conditions peuvent le rendre difficile ou impossible (3).

1) Notre branche protectrice n'est large que de 32 millimètres et dans certains cas, c'est beaucoup que 15 à 17 millimètres de différence.

2) La branche protectrice peut être introduite et laissée vers un point quelconque du bassin, car le perforateur une fois dans le crâne, y jouit d'une mobilité telle qu'on peut toujours lui donner une direction qui permette d'articuler sans difficulté.

Qui ne comprend d'emblée l'avantage d'une semblable disposition ?

*b)* SITUATION DE LA TÊTE.

*Élévation et mobilité.*

1) Lorsque le forceps-scie est indiqué, la tête de l'enfant est souvent encore mobile au-dessus du bassin et presque toujours fort élevée. La branche mâle s'introduit en

1) La perforation de la voûte étant faite, la mobilité de la tête, loin de gêner, facilite le placement de la branche protectrice.

Pour peu que l'espace manque, on

(1) LADOS. *Bulletin de la Société de médecine de Gand,* 1851, p. 259.

(2) MARINUS. *Encyclographie,* t. CCXXXVI, pp. 284 et 285.

(3) LADOS. *Annales de la Société de médecine de Gand,* 1850, pp. 247, 248, 249, 257.

général sans peine, mais elle se dérange parfois, soit pendant qu'on retire la main qui l'a guidée, soit pendant qu'on introduit l'autre main et l'autre branche, soit pendant qu'on ramène celle-ci d'arrière en avant pour la mettre tout à fait en face de la première, soit enfin pendant qu'on les assemble pour les articuler.

La tête peut ainsi leur échapper ou se trouver imparfaitement saisie.

L'application du forceps ordinaire sur une tête mobile au-dessus du détroit supérieur, *même quand le bassin est normal,* exige déjà tant de dextérité que, dans ces conditions, beaucoup d'auteurs, M. P. Dubois entre autres, lui préfèrent la version (1).

A plus forte raison, l'application du forceps-scie dans un bassin fortement vicié ne peut-elle être à la portée de tout le monde.

*Déviation de la tête.*

2) Dans les cas de vice extrême du bassin, la saillie insolite du promontoire ou de la colonne lombaire force souvent la tête à se dévier en avant, au-dessus des pubis, ou, si la paroi hypogastrique est très-résistante, de côté, vers l'une des fosses iliaques.

Si la déviation est latérale et portée un peu loin, elle rend l'emploi du forceps-scie extrêmement difficile et parfois impossible. Si elle est antérieure, elle exige encore une très-grande dextérité, car, malgré leur courbure, les cuillers ne saisissent assez souvent alors qu'un petit segment du crâne, qui, pressé entre les jumelles antérieures seulement tend à leur échapper, comme un noyau de cerise échappe aux doigts qui le compriment.

écartera même la tête, momentanément et autant que de besoin, pour se faire de la place, car embrochée, comme elle l'est, elle ne peut plus échapper à l'instrument, qui, d'ailleurs, la ramènera, si elle ne revient d'elle-même, au centre du canal.

Ainsi donc, ni le manche du perforateur, qu'on reporte *où l'on veut,* ni la tête de l'enfant, qu'on écarte *tant qu'on veut,* ne peuvent faire obstacle au passage d'une cuiller *étroite* qu'on introduit et qu'on laisse *où l'on veut.*

2) La déviation de la tête constitue certainement aussi une des difficultés de la sphénotrésie ; mais, pourvu que le perforateur puisse atteindre le crâne, on aura d'autant plus de facilité à placer la branche protectrice qu'une partie du bassin est vide.

Les premières transforations opérées, la tête diminuera de volume par l'évacuation du cerveau et à mesure qu'elle se réduira, l'instrument pourra la ramener peu à peu vers le centre du bassin et donner ainsi la chance de conduire l'œuvre à bonne fin, par des perforations successives.

(1) V. CHAILLY-HONORÉ. *Traité des accouchements.* Paris, 1853, p. 453.

3) Les deux branches de l'instrument de M. Vanhuevel doivent pénétrer profondément, pour dépasser sûrement le niveau de la base du crâne ; elles doivent en outre être ramenées fortement en avant, pour bien embrasser la tête très-souvent déviée dans ce sens, par suite de la saillie exagérée du promontoire.

Or, dans ce mouvement, l'une d'elles peut rencontrer le tronc ou une épaule qui lui fasse obstacle. Cela est si vrai que le thorax ou l'un des membres supérieurs s'est trouvé plus d'une fois compris entre les cuillers et entamé par la scie (1).

3) Les chances de rencontrer le thorax ou les épaules sont d'abord de moitié moindres, puisqu'une seule branche pénètre dans l'utérus.

Mais elles sont moindres encore, parce que cette branche unique ne doit pas nécessairement venir dans une position déterminée, comme les deux cuillers d'un forceps quelconque. Si, par hasard, elle vient à heurter contre le tronc ou contre un membre, au moment où elle a dépassé la tête, il suffit d'en diriger un instant le bec un peu en dehors, puis de l'abaisser en le ramenant en dedans, sur la tête et contre le cou.

Elle pourrait d'ailleurs être laissée, sans grand inconvénient, contre l'obstacle, qui ne serait pas plus difficile à traverser que la tête elle-même.

### *c)* ÉTAT DES PARTIES MOLLES.

Il peut exister un spasme, une contraction permanente, une sorte d'état tétanique, borné au segment inférieur de l'utérus ou s'étendant à tout le viscère.

Cet état est signalé par tous les auteurs comme constituant une des plus grandes difficultés de la version et M. Vanhuevel le mentionne comme pouvant faire obstacle à l'extraction de la tête saisie par le forceps ordinaire (2) ou à celle de ses segments après l'emploi du forceps-scie (3).

Mais il peut être porté au point de gêner considérablement et même d'empêcher l'*introduction* de l'instrument, comme dans

Quel que soit l'état du segment inférieur de la matrice, il y aura toujours moins de difficulté d'y faire pénétrer, vers un point quelconque, *une seule* lame étroite que d'y introduire les deux branches d'un forceps et de leur donner une position déterminée.

(1) C'est ce que M. Simon a vu trois fois sur six (*Encyclographie*, t. CCXXXIV, p. 122). Ces faits prouvent que la difficulté n'est pas insurmontable, nous le voulons bien, mais ils ne prouvent pas qu'elle n'existe point.

(2) *Encyclographie*, t. CCXVIII, pp. 62 et 66. — *Ibid.*, t. CCXXXII, p. 276.

(3) *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 112. — V. aussi FEIGNEAUX. *Observations*. Bruxelles, 1849.

l'observation de MM. Van Petegem et Fredericq (1).

Sans doute, il convient dans les cas de ce genre, de combattre avant tout la contraction permanente, par la saignée, les bains, les injections, les opiacés, les antispasmodiques, le chloroforme, l'émétique, etc., mais ces moyens ne réussissent pas toujours et souvent même ils sont inefficaces (2).

*d)* CONFORMATION DU BASSIN.

Lorsque le bassin n'est rétréci que d'avant en arrière (*pelvis compressa ou en 8 de chiffre*), les branches du forceps-scie trouvent généralement de la place sur les côtés du canal, lors même qu'elles sont plus larges que le diamètre sacro-pubien. C'est ainsi que, le tronc étant sorti, M. Vanhuevel a pu les appliquer dans un bassin de 4 1/2 centimètres. Mais, dit M. Simon (3), « le rétrécissement de l'espace inter-sacro-pubien, lorsqu'il est très-prononcé, est presque toujours accompagné de celui qui frappe les diamètres obliques et les lignes sacro-cotyloïdiennes ; la grande saillie de la base du sacrum existe souvent avec l'enfoncement et le rapprochement des cavités cotyloïdes. On a rarement affaire au seul vice du diamètre sacro-pubien; ceux qui l'accompagnent et que je viens d'indiquer, peuvent, ainsi que ceux de l'excavation et du détroit inférieur, former une contre-indication à l'emploi du forceps-scie. »

S'ils peuvent aller jusqu'à constituer une contre-indication formelle, on comprend

Si le resserrement antéro-postérieur du bassin n'empêche pas l'introduction des deux branches du forceps, à plus forte raison, permettra-t-il celle d'une seule branche plus étroite.

(1) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 199. — V. aussi nos observations II et XIII.

(2) VAN HUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 63.

(3) *Encyclographie*, t. CCXXXIV, p. 122.

qu'ils puissent *a fortiori* rendre l'application de l'instrument difficile et même impossible pour le praticien ordinaire.

Supposons que le rétrécissement affecte l'espace sacro-cotyloïdien, *d'un seul côté*, comme dans le bassin oblique-ovalaire de Naegele et dans beaucoup de bassins rachitiques, *ou des deux côtés* à la fois, comme dans les bassins ostéomalaciques, que peut-il arriver? Que la cuiller du forceps-scie ne trouve pas assez de place pour passer du côté rétréci, ou que, si elle pénètre, elle ne jouisse pas d'une liberté qui permette de la ramener exactement en regard de l'autre. C'est ainsi que dans un bassin rachitique de plus de 6 1/2 centimètres, M. Simon ne parvint qu'avec infiniment de peine à placer la seconde branche, à cause du raccourcissement de la ligne sacro-cotyloïdienne droite (1). C'est ainsi que M. Coppée échoua complétement dans un cas où cette même ligne était réduite à 4 1/2 centimètres (2). C'est ainsi que chez une femme atteinte d'ostéomalacie commençante, deux chirurgiens de Liége n'étaient pas parvenus à appliquer le forceps ordinaire et qu'il fallut l'adresse exceptionnelle de M. Simon pour placer le forceps-scie (3). C'est ainsi que sur des bassins frappés d'ostéomalacie plus profonde, on ne peut introduire l'instrument, ou si l'on y parvient, il ne saisit qu'un segment insuffisant du crâne. Aussi M. Vanhuevel range-t-il parmi les contre-indications de son forceps-scie, l'extrême rétrécissement des espaces sacro-cotyloïdiens aussi bien que celui du diamètre sacro-pubien.

Pour les forceps, quels qu'ils soient, l'une des branches doit *nécessairement* correspondre à l'espace sacro-cotyloïdien rétréci, et s'y placer de manière à se trouver exactement vis-à-vis de l'autre. Pour notre branche protectrice, ce rapport n'est que *contingent*, car il se peut que la position du crâne permette et indique de l'introduire du côté le plus large du canal. En tout cas, s'il faut la porter vers le côté rétréci, la chose sera toujours plus facile, parce que la cuiller ne doit pas avoir une direction rigoureusement déterminée, parce qu'elle écarte, au besoin, la tête pour se frayer passage, enfin, parce qu'elle est plus étroite. C'est ainsi que nous avons pu la placer sans difficulté dans un espace sacro-cotyloïdien de 3 1/2 centimètres (V. obs. VII) et dans un autre bassin n'offrant que 25 millimètres entre le sacrum et l'acetabulum droit (obs. XV).

En résumé, nous pouvons dire que, pour l'application de notre instrument, toute la difficulté se réduit à celle d'une perforation ordinaire, pratiquée avec le terebellum de Dugès. Or, celle-ci n'est pas considérée comme bien difficile et elle est rendue beaucoup moins difficile encore par l'adjonction d'un poinçon qui empêche le perce-crâne de glisser. Il suffit, pour la mener à bonne fin, de bien masquer la pointe de l'instrument au moment de son introduction et de bien faire fixer la tête sur le bassin, précaution également nécessaire lorsqu'on applique un forceps ordinaire et surtout le forceps-scie

(1) V. *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 63, et t. CCXXXVII, p. 39.
(2) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 279.
(3) *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 64.

au-dessus du détroit supérieur (1). Nous croyons donc que tout accoucheur est à même de l'exécuter; tandis que la largeur des branches du forceps-scie, la nécessité absolue de les placer très-exactement dans un diamètre donné, l'élévation, la mobilité, les déviations de la tête, le resserrement spasmodique du segment inférieur de l'utérus, le degré d'étroitesse et surtout certaines formes du bassin, peuvent constituer isolément ou concurremment des obstacles difficiles à surmonter pour beaucoup de praticiens et parfois même pour les plus experts.

B. *Au point de vue du jeu de l'instrument.*

Du moment que le forceps-scie est appliqué et articulé, rien n'est assurément plus facile que de mettre la scie en mouvement et pourvu que passant à peu près par le centre de la tête l'instrument aille jusqu'au-dessus de sa base, le but *immédiat* de l'opération est complétement atteint. C'est là un avantage très-réel que le forceps-scie présente sur le céphalotribe et, nous le reconnaissons, sur le transforateur.

Mais, si ce but n'est pas atteint d'emblée, si la tête n'est pas coupée de part en part ou si l'un de ses segments est beaucoup plus gros que l'autre, des difficultés plus ou moins sérieuses peuvent se présenter pour l'extraction.

On a bien proposé de répéter la section du crâne avec un terebellum solide que de le scier de part en part, et cette perforation n'exige pas même le concours d'un aide. Mais, il faut la répéter et il faut changer chaque fois la direction de l'instrument pour atteindre des points différents. Nous avons dit comment il faut s'y prendre pour atteindre ce but. Nous avons dit également que quand le vice du bassin n'est pas extrême, comme dans les cas d'enclavement, deux ou trois perforations de la base suffisent souvent, et nous ajoutons que, dans ce cas, l'opération se termine aussi vite qu'avec le forceps-scie. Si la disproportion est très-grande, il n'en sera sans doute pas de même, puisque le temps nécessaire

(1) Presque tous les auteurs reconnaissent que la perforation du crâne, du moins celle de la voûte, est une opération simple, facile, peu douloureuse et peu dangereuse. (V. Hersent. *Encyclographie*, tt. CLXXV, CLXXVI, pp. 69, 85, 87. — P. Dubois. *Journal de chirurgie et de médecine pratiques*, 1838, p. 175. — Ordinaire. Même journal, 1840, p. 360. — Lauth. *De l'embryothlasie*. Strasbourg, 1863, pp. 14 et 16. — Chailly. *Traité d'accouchements*, 1853, p. 695. — Jacquemier. *Traité d'accouchements*, 1846, t. II, p. 426.) — Elle pourrait se pratiquer presque à l'insu de la femme, dit Cazeaux, in *Encyclographia*, 1843, t. CXXIX, pp. 106, 107.

tion, mais outre que c'est là une nouvelle opération et qu'on n'est pas plus sûr de la mener à bonne fin que la première, la multiplicité des fragments osseux, la forme anguleuse qu'ils peuvent prendre si les coupes ne sont pas parallèles, rendront peut-être leur extraction plus périlleuse. Aussi M. Vanhuevel lui-même n'a-t-il jamais mis ce conseil en pratique, du moins si nous en jugeons d'après les observations qu'il a publiées.

sera en rapport avec le nombre de trous à pratiquer ; mais que font quelques minutes de plus ou de moins, surtout si l'on opère sur une femme soumise au chloroforme (1) ? Au reste, s'il y a sous ce rapport quelque retard, il est souvent plus que compensé, comme nous allons le voir, par la facilité de l'extraction.

C. *Au point de vue de l'extraction de la tête.*

Si, dans les limites où il peut réussir, des hommes comme MM. Vanhuevel, Simon et Hyernaux parviennent toujours à appliquer le forceps-scie, ils doivent cependant reconnaître que, la section du crâne opérée, tout n'est pas dit et que la difficulté principale consiste parfois à en extraire les segments.

Sur les trente-sept observations de M. Vanhuevel (2), les détails relatifs à ce point manquent complétement, 10 fois (3).

On eut recours au crochet mousse ou à la pince à dents, 4 fois (4).

L'extraction est mentionnée comme plus ou moins difficile, 3 fois (5).

Comme difficile, 1 fois (6).

Comme très-difficile, 2 fois (7).

Nous l'avons dit déjà, sur les 20 observations que nous avons rapportées, nous avons, après la sphénotrésie, abandonné l'expulsion de la tête à la nature 4 fois (obs. III, VII, VIII, IX). Elle s'est opérée spontanément 3 fois, et la facilité avec laquelle l'extraction s'est faite, au moyen du forceps, prouve que dans le quatrième cas il en eût été de même si les douleurs

(1) Lorsque l'instrument est appliqué, la manœuvre est d'ailleurs si peu douloureuse que l'emploi du chloroforme n'est pas même nécessaire, de sorte que si nous y avons recours c'est uniquement pour la perforation de la voûte et pour l'introduction de la branche femelle, et encore s'en faut-il de beaucoup que nous l'employions dans tous les cas.

(2) *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 261, et t. CCXIX, p. 118.

(3) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 14, 15, 17, 18, 19, 24, 26, 27, 28, 32.

(4) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 3, 20, 31, et t. CCXIX, obs. 3.

(5) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 1, 8, 9.

(6) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 21.

(7) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 9, 23.

Comme d'abord impossible, 1 fois (1).

Comme définitivement impossible, 1 fois (2).

Dans les six faits de M. Simon, le forceps-scie amena lui-même les deux portions du crâne, 1 fois (3).

Les mains suffirent pour les extraire, 1 fois (4).

Il fallut recourir aux fortes pinces, 3 fois (5).

Aux pinces d'abord, puis au petit forceps de Smellie, 1 fois (6).

Dans l'observation de MM. Willems et Coppée, c'est le levier qui opéra l'extraction des segments restés unis par les muscles du cou (7).

Dans une des observations de M. Hyernaux (8) et dans deux de M. Wasseige (9), il fallut aller chercher les pieds.

n'avaient pas fait complétement défaut.

Une fois (obs. V), nous avons renoncé momentanément à l'extraction, parce que l'instrument, encore très-défectueux, se faussait et que nous manquions de confiance. Dans les autres cas, l'extraction immédiatement tentée s'est généralement opérée avec la plus grande facilité. Deux fois seulement (obs. II et XIII), elle a exigé des tractions continues, à cause de l'état spasmodique du segment inférieur de l'utérus ; mais, si ces tractions ont dû être un peu plus énergiques, elles n'ont cependant pas réclamé le quart du déploiement de forces qu'on emploie le plus souvent pour extraire, au moyen du forceps, une tête d'enfant chez une primipare bien conformée.

*D'où peuvent naître les difficultés de l'extraction?*

1) Nous venons de dire que dans l'observation de MM. Willems et Coppée, les deux segments du crâne restés unis par les muscles du cou avaient réclamé l'emploi du levier. Sous l'action de cet instrument, le pariétal gauche se désarticula et l'un de ses angles menaçait la cloison recto-vaginale, qu'il fallut protéger d'une main, pendant que l'autre agissait sur le levier.

(1) *Encyclographie*, t. CCXXXII, obs. 7.
(2) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 30, ou t. CCXIX, p. 114.
(3) *Ibid.*, t. CCXXXIII, obs. 3.
(4) *Ibid.*, t. CCXXXIII, obs. 6.
(5) *Ibid.*, t. CCXXXIII, obs. 2, 4, 5.
(6) *Ibid.*, t. CCXXXII, obs. 1.
(7) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1860, p. 185.
(8) *Presse médicale belge*, 1856, p. 198.
(9) Verrier. *Du forceps-scie des Belges*, p. 49, et *Parallèle entre le forceps-scie et le céphalotribe*, p. 35.

Dans la première observation de M. Simon, c'était un lambeau de cuir chevelu (1) et dans la sixième, c'étaient les parties molles de la face (2) qui s'opposaient à l'extraction isolée des segments.

Les difficultés sont plus sérieuses et le succès de l'opération peut en être gravement compromis, quand c'est la base même du crâne qui n'est pas complétement divisée. Sans doute, comme le dit M. Vanhuevel, *quand il y a commencement de pénétration de la tête, sa division totale n'est pas toujours nécessaire pour l'extraire en entier* (3) ; mais c'est malheureusement quand elle reste tout à fait au dessus du bassin que l'on est surtout exposé à ne pas en atteindre la base ou ne l'atteindre qu'en partie, et alors l'extraction peut devenir excessivement difficile et même impossible (4).

2) Dans les circonstances les plus favorables c'est-à-dire quand la tête est sciée en deux parties exactement égales, celles-ci conservent au moins 45 millimètres d'épaisseur, puisque le plus petit diamètre du crâne est de 90 à 95 millimètres ; mais il est rare que la division soit aussi heureuse et le segment postérieur est en général notablement plus petit que l'antérieur (5). Il équivalait au tiers de la totalité de la tête, et l'antérieur conservait par conséquent 60 à 63 millimètres dans la troisième observation de M. Simon (6).

La différence peut être plus grande en-

(1) *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 286.

(2) *Ibid.*, t. CCXXXIII, p. 66.

(3) Van Huevel. *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 111.

(4) C'est ce que nous avons vu avec M. le docteur Van Diest, de Wexemael, et ce qui est arrivé à M. Van Huevel lui-même. V. *Encyclographie*, t. CCXIX, pp. 114 et 116.

(5) Si l'extraction présente quelque difficulté, c'est presque toujours pour le segment antérieur. Van Huevel. *Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 65, et t. CCXXXII, obs. 1, 7, 8, 9, 21, 23.

(6) *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 61.

core. « Quand la tête est mal engagée, dit M. Fredericq, le forceps-scie ne peut pas la saisir dans son plus large diamètre transversal; il n'en embrasse qu'une petite portion, ce qui explique pourquoi il glisse si facilement (1). » Que de fois n'arrive-t-il pas, dans les cas où l'on n'a pas soin de maintenir la tête fixée contre la paroi postérieure du bassin que, même avec toute la *largeur actuelle* de l'instrument, on n'enlève qu'un segment de la tête trop peu épais (2).

Nous savons bien que quand le segment postérieur est extrait, l'antérieur peut se reporter ou être reporté en arrière et recevoir la saillie du promontoire dans sa concavité; mais cela n'est complétement vrai que quand le premier est enlevé et, en tout cas, il faut reconnaître que plus le second conserve de volume, plus il faut d'efforts pour l'entraîner, plus il faut de précautions pour protéger les parties molles contre les aspérités de ses bords.

Le segment resté dans la matrice peut d'ailleurs se dévier et devenir difficile à atteindre au moyen des pinces à mors. Il était remonté *derrière et au-dessus du pubis* dans une des observations de M. Hyernaux, et il fallut en venir à une version laborieuse (3). Une épaule était venue prendre sa place dans l'un des deux faits communiqués à M. Verrier par M. le professeur Wasseige (4) et dans l'autre, il avait basculé, de *sorte que les parties divisées de la mâchoire supérieure et inférieure se présentaient* et qu'il était difficile de les saisir avec la

(1) *Annales de la Soc. de méd. de Gand*, 1861, p. 122.

(2) *Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, 1851, p. 259. Cette phrase est empruntée à M. le professeur Lados, admirateur enthousiaste de l'invention de M. Van Huevel.

(3) *Presse médicale belge*, 1856, p. 198.

(4) VERRIER. *Du forceps-scie des Belges*. Paris, 1863, p. 49.

pince à dents (1). Dans ces deux cas, la version se fit aisément, mais en serait-il toujours de même?

3) L'étroitesse et la forme du bassin peuvent être telles qu'après avoir opéré la section de la tête, le forceps-scie ne puisse s'engager dans le détroit supérieur. C'est ce qui aurait inévitablement eu lieu chez la femme qui fait le sujet de notre quinzième observation.

Il aurait fallu, dans ce cas, en enlever les cuillers isolément, et les segments du crâne, laissés complétement *au-dessus du petit bassin*, auraient fort bien pu ne s'extraire qu'avec peine.

4) De toutes les difficultés que peut offrir l'extraction de la tête, la plus grave est constituée par la résistance du col et du segment inférieur de l'utérus. Ce fait n'a point échappé à la rare sagacité et à la longue expérience de M. Vanhuevel.

« Rappelons nous, dit-il (2), combien le col, dans les rétrécissements du bassin, est lent à s'ouvrir. La tête n'agit plus sur lui à la manière d'un coin qui le dilate; elle appuie, elle est poussée contre les points saillants de l'entrée du bassin, en comprimant les tissus interposés, surtout après l'écoulement des eaux. L'orifice entre ouvert se gonfle, se durcit, devient sensible; l'irritation du segment inférieur se communique au reste de l'organe; un resserrement général s'ensuit; le système nerveux s'irrite; les contractions sont plus vives, plus douloureuses; enfin, l'inflammation s'empare peu à peu de l'utérus et du péritoine. Après l'ouverture tardive du col, la présence de l'enfant continue à entretenir

(1) Verrier. *Parallèle du forceps-scie et du céphalotribe*, 1866, p. 35.

(2) *Encyclographie*, t. CCXVIII, pp. 59, 62, 66; t. CCXIX, pp. 112, 114. — V. aussi M. Marinus. *Encyclographie*, t. CCXXXII, pp. 264, 269, 276.

l'éréthisme inflammatoire qui peut, en se prolongeant, occasionner les plus grands désordres. Les antiphlogistiques, les sédatifs de toute espèce sont souvent inefficaces pour combattre cet état de surexcitation. » Et cependant toute intervention prématurée serait plus fâcheuse encore que l'attente. Aussi, M. Vanhuevel recommande-t-il de ne pas opérer avant la dilatation du col et l'assouplissement complet du segment inférieur de la matrice (1).

Aussi, malgré son opinion bien arrêtée sur le fœticide médical, est-il souvent obligé d'attendre jusqu'à la mort et même encore après la mort de l'enfant (2). C'est une nécessité de la situation.

Mais si cette attente forcée amène, malgré les moyens employés pour le prévenir ou le combattre, l'état des organes si bien décrit par notre honorable confrère, qu'en résulte-t-il? C'est que, comme il le dit lui-même, il constitue un très-grand obstacle, l'obstacle principal à l'extraction du fœtus (3). Qui ne comprend, en effet, toute la prudence, toute la dextérité qu'il faut apporter dans les efforts nécessaires pour extraire d'un bassin très-étroit et à travers des organes irrités, atteints de spasme ou de gonflement inflammatoire, deux segments de tête encore adhérents ou un segment volumineux, à bords saillants et plus ou moins tranchants?

M. Vanhuevel l'a si bien compris qu'il a fait confectionner un instrument très-ingénieux, représentant à la fois une pince à dents de loup, un levier et un crochet mousse et qu'il a décrit très-soigneusement

(1) V. *Encyclographie*, t. CCXVIII, pp. 59, 62, 66; t. CCXIX, pp. 112, 114, et t. CCXXXII, p. 269.

(2) V. *Encyclographie*, t. CCXXXII, obs. 1, 2, 4, 7, 12, 16, 22, 23, 28, 30, 31, 32, 33, 36.

(3) *Encyclographie*, t. CCXIX, pp. 112 et 114, et t. CCXXXII, pp. 268, 274, 276, 279. — Voir aussi FEIGNEAUX, obs. publiées en 1849, p. 4.

la manière de s'en servir (1). Mais quelle que soit la cause de la difficulté (section incomplète de la base du crâne, étroitesse extrême du bassin, volume considérable ou déviation de l'un des segments, contraction permanente de la partie inférieure de la matrice, du moment que l'obstacle est sérieux, les pinces peuvent n'enlever que des fragments d'os, comme je l'ai vu, et comme MM. Vanhuevel (2) et Hyernaux (3) l'ont vu; le crochet peut exiger des efforts qui brisent les os de la base (4), le levier peut désarticuler un os et en rendre les angles saillants (5); tout l'appareil peut être insuffisant (6) et la version, parfois excessivement difficile dans ces conditions, devenir indispensable (7).

Nous ne disons pas que ces difficultés soient constantes; nous ne disons même pas qu'elles se rencontrent souvent. Telle n'est pas notre pensée. Nous voulons seulement, appuyé sur des faits, établir leur possibilité, leur réalité et, dans certains cas, leur gravité.

Il nous reste à démontrer qu'elles sont moindres après la sphénotrésie.

Lorsque la transforation est convenablement pratiquée, les contractions utérines ou quelques légères tractions exercées sur la pince suffisent pour amener l'évacuation

(1) *Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 66.

(2) *Ibid.*, t. CCXIX, p. 114.

(3) *Presse médicale belge*, 1856, p. 198.

(4) *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 271.

(5) Obs. de MM. Willems et Coppée. *Bulletin de la Soc. de médecine de Gand*, 1860, pp. 187, 194, 203.

(6) Momentanément, comme dans l'obs. 7 de M. Van Huevel (*Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 268), ou définitivement, comme dans une autre de ses observations (*Encyclographie*, t. CCXIX, p. 114) et dans celle de M. Hyernaux (*Presse médicale belge*, 1856, p. 198).

(7) La version fut facile dans les deux faits que M. Wasseige a communiqués à M. Verrier, mais elle fut extraordinairement laborieuse dans les observations de MM. Van Huevel et Hyernaux que nous venons de rappeler.

de la masse cérébrale et l'aplatissement graduel de la tête. Supposons pour un instant que celle-ci se réduise au volume du plus gros segment produit par le forceps-scie; son extraction, à l'aide de notre instrument, sera-t-elle plus difficile que ne le serait celle de ce segment au moyen de la pince à dents, du levier ou du crochet mousse? Nous croyons qu'elle sera plus facile : 1° parce que les os, restant totalement enveloppés dans leurs téguments, il n'est pas besoin d'aller protéger les parois du col et du vagin, ni d'interposer entre elles et le corps à extraire une main qui prend toujours une certaine place et rétrécit d'autant une filière déjà trop étroite; 2° parce que le cuir chevelu, enveloppe lubréfiée, glissera beaucoup mieux que le bord d'un segment osseux; 3° parce que des tractions, en les supposant nécessaires pour augmenter la réduction, auront moins d'inconvénients et pourront par conséquent être portées plus loin dans une hypothèse que dans l'autre; 4° parce que, en cas de résistance réelle, on ne devra pas la surmonter de vive force, puisqu'on peut incontinent la diminuer par quelques nouvelles perforations, sans qu'il soit besoin de réappliquer l'instrument ou de recourir à quelque autre moyen difficile ou dangereux; 5° enfin, parce que la pince extractive, solidement appliquée sur *la base* du crâne ne peut ni glisser (1) ni emporter pièce, comme il arrive parfois aux tenettes, surtout quand elles n'agissent que sur les os de la voûte et même sur les bords de ceux de la base.

(1) Si par hasard l'os sur lequel la pince exerce son action paraissait céder, rien ne serait plus facile que de retrouver immédiatement un nouveau point d'appui. Il suffirait pour cela de rendre le terebellum libre, sans le désarticuler, de le rentrer dans le crâne, et après avoir reporté la branche protectrice plus profondément, de pratiquer un nouveau trou et de refermer la pince, au moyen de la vis.

Pour les mêmes raisons, si les difficultés proviennent moins de la disproportion entre la capacité du bassin et le volume du corps à extraire que de l'état du segment inférieur de l'utérus, on pourra, avec moins de peine et moins de danger, surmonter graduellement la résistance, après la sphénotrésie qu'après la section de la tête (1).

D. *Au point de vue du moment d'agir.*

Comme nous l'avons vu avec M. Vanhuevel, ce qui retarde souvent l'application du forceps-scie, c'est la lenteur avec laquelle le col se dilate dans les cas de vice considérable du bassin. Au lieu de s'ouvrir, parfois cet organe s'irrite, se gonfle, se rétracte d'une manière permanente, et cela malgré tous les moyens mis en usage pour prévenir un état qui rend surtout l'extraction des segments difficile et qui peut ainsi compromettre le succès de l'opération. Parmi les moyens propres à hâter le relâchement et la dilatation des parties, M. Vanhuevel propose et exécute parfois la section de la tête. « Le cerveau s'écoulant, les segments peuvent s'aplatir et chevaucher l'un sur l'autre, la compression sur les mêmes points du crâne diminue; son aplatissement se complète; les morceaux s'engagent

En supposant qu'on ne veuille ou qu'on ne puisse pas attendre la dilatation complète du col, notre instrument peut s'appliquer un peu plus tôt que celui de M. Vanhuevel. En effet, le terebellum dans le crâne n'exerce absolument aucune action sur l'orifice utérin, et celui-ci se laisse plus facilement écarter d'un seul côté, pour le passage d'une branche étroite, que des deux côtés en même temps, comme il doit le faire pour admettre les deux cuillers d'un forceps.

D'une autre part, lorsque la sphénotrésie sera opérée, il sera permis d'exercer quelques tractions douces et graduées, pour produire insensiblement la dilatation du col, tandis que, après la section de la tête, cette dilatation doit être confiée à la nature dont les efforts peuvent faire défaut. Or, dans cette hypothèse, il devient difficile et

(1) Dans notre seconde observation, nous avons rencontré cette résistance du segment inférieur de la matrice, mais nous sommes parvenu à la surmonter peu à peu, sans violence et sans crainte de blesser la femme. Cette résistance était plus prononcée dans notre observation XIII, mais elle a pourtant fini par céder, et nous croyons fermement qu'elle eût constitué un embarras beaucoup plus grand si, au lieu d'une tête recouverte du cuir chevelu, il se fût agi d'extraire un fragment de même volume, après section du crâne.

dans le bassin ou sont retirés sans grands efforts (1). »

dangereux d'extraire des fragments osseux à travers un col peu dilaté.

Ajoutons que, après la transforation, si l'orifice utérin ne cédait pas assez vite sous l'influence des tractions dont nous venons de parler, sa tension en rendrait le débridement facile (2). Disons enfin que l'attente est moins dangereuse après la transforation qu'après la section du crâne.

(1) *Encyclographie*, t. CCXVIII, pp. 62, 66, t. CCXIX, pp. 114 et 116, et t. CCXXXII, p. 268. M. Fredericq a vu la perforation du crâne amener la détente du segment inférieur de l'utérus (*Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1861, p. 200), et c'est là un moyen que MM. P. Dubois et Pajot emploient quelquefois pour hâter la dilatation du col (V. Lauth. *De l'embryothlasie*. Strasbourg, 1863, obs. 14, 20, 166, 182 ; v. aussi Pajot, *De la céphalotripsie sans tractions*. Paris, 1863, p. 7.)

Il faut, ce nous semble, y réfléchir à deux fois avant de sectionner une tête avec la conviction qu'on ne pourra pas l'extraire immédiatement, car les bords des segments, en glissant l'un sur l'autre ou en basculant peuvent blesser le col de la matrice ou tout au moins l'irriter et retarder sa dilatation au lieu de la hâter comme on l'espérait. Dans une des observations de M. Vanhuevel (*Encyclographie*, t. CCXIX, p 114), il survint un resserrement total de l'utérus tel que l'extraction des segments en devint impossible et la version extraordinairement difficile. Dans un autre cas (*Encyclographie*. t. CCXXXII, p. 268), il fallut remettre à plus tard l'extraction du segment antérieur et l'état de la femme devint entretemps si grave que, bien que la dilatation ne fût pas complète, on crut devoir terminer l'accouchement à tout prix. Le forceps-scie fut réappliqué comme forceps ordinaire ; des tractions fortes et prolongées opérèrent peu à peu la dilatation du col et finirent par amener la tête dans l'excavation du bassin. A la suite de longs efforts, on parvint à dégager la figure de dessous le pubis. Dans une observation de M. Wasseige (V. Verrier. *Parallèle entre le céphalotribe et le forceps-scie*. Paris, 1866, p. 35), après l'extraction du premier segment, les doigts portés dans le vagin trouvèrent que l'autre segment avait basculé, de sorte qu'il eût été difficile de le saisir avec les pinces à mors. Plutôt que de perdre son temps à de vaines tentatives, M. Wasseige introduisit toute la main et amena les pieds. La version fut très-facile, mais en eût-il été de même si la section de la tête avait été faite pour faciliter la dilatation du col et si on avait dû attendre cette dilatation avant de prendre un parti quelconque ?

Le danger n'existerait pas au même degré après la transforation du crâne, surtout si l'on voulait appliquer le tire-tête que nous avons décrit, p. 135. Dans une autre observation de M. Wasseige, la version devint encore nécessaire, parce que, après la section, l'épaule s'était substituée à la tête.

(2) Dans notre douzième observation, nous avons opéré le débridement du col avant d'en venir à la transforation et quoique le bassin ne fût que de 58 millimètres, les couches furent exemptes de tout accident. Nous nous demandons cependant s'il n'eût pas mieux valu appliquer d'abord l'instrument et n'inciser les deux bords du col qu'en cas de nécessité, lors de l'extraction.

E. *Au point de vue du danger.*

L'application du forceps-scie et la section de la tête ne sont guère plus dangereuses qu'une application de forceps ordinaire dans un bassin vicié; mais l'extraction des segments, surtout quand ils sont très-inégaux, est parfois difficile et les dangers qui commencent alors sont en raison directe des difficultés. « Il ne suffit pas toujours de scier le crâne, il faut conduire l'opération à bonne fin, c'est-à-dire extraire les segments, tout en sauvegardant les parties de la femme, tout en évitant de les contondre, de les blesser et d'y amener une inflammation qui pourrait devenir fatale. C'est ce qu'on évitera bien difficilement toutes les fois qu'on opérera dans certaines conditions défavorables. » (SIMON, *Encyclographie*, t. CCXXXIV, p. 122.)

La sphénotrésie n'offre guère d'autre danger que celui d'une perforation de la voûte que tout accoucheur sait pratiquer (1). En recouvrant le poinçon d'une boule de cire vierge et en le plaçant dans le creux de la main ou dans la gouttière formée par les doigts au moment où il pénètre dans le vagin, on le conduit en toute sécurité jusque contre la tête. Après s'être bien assuré que le col de la matrice est écarté, on appuie sur l'instrument dont la pointe s'enfonce dans le cuir chevelu, et pourvu que la pression soit perpendiculaire à la tangente de l'os et pas trop brusque, on pénètre sans peine dans la boîte crânienne (2).

Dans la perforation de l'autre paroi, il n'y a aucun danger possible du moment

(1) « Je ne crois pas du tout qu'un accoucheur, même ordinaire, puisse blesser une femme en pratiquant la perforation du crâne, soit avec les ciseaux de Smellie, soit même avec un simple bistouri droit enveloppé d'un linge jusqu'auprès de sa pointe, pourvu qu'il ait appris à s'en servir; car un instrument quelconque, le plus inoffensif, n'est innocent qu'entre les mains des hommes qui savent comment on doit l'employer. Or, il est un principe sûr à l'aide duquel on se garantit de tous les accidents qui peuvent résulter de l'introduction et du maniement des instruments perforateurs; c'est à M. le professeur Dubois que nous le devons; il consiste à prendre pour règle de ne jamais chercher à porter la pointe de l'instrument sur l'une des fontanelles ou des sutures, mais de la pousser dans une direction bien perpendiculaire à la surface de la tête qui se présente. L'opération ainsi conduite se fait très-rapidement et sans provoquer la moindre douleur chez la mère. » (HERSENT. *Encyclographie*, t. CLXXVI, p. 69). Elle est complétement exempte de dangers lorsqu'on l'exécute d'une certaine manière (*Ibid.*, p. 71 et p. 87). Elle est facile et peu dangereuse, même faite avec un couteau de cuisine (ORDINAIRE. *Encyclographie*, t. XCVII, p. 86). Elle est assez simple et on peut au besoin la pratiquer à l'insu de la mère, tant elle est peu douloureuse pour elle (CAZEAUX. *Encyclographie*, t. CXIX, p. 106). C'est toujours une opération simple et exempte de toute espèce de danger, pour peu qu'on y mette de soins et de prudence (*Id. Ibid.*). Nous pourrions multiplier les citations. Si M. Simon a pu dire le contraire (*Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 117), c'est qu'il considérait non la perforation en elle-même, mais la terminaison de l'accouchement par ce moyen ou après l'emploi de ce moyen.

(2) Nous avons dit qu'un aide doit maintenir la tête fixée sur le détroit supérieur pendant qu'on la perfore. Nous répétons également que quand le terebellum a pénétré dans l'os il faut en diriger le manche assez fortement en arrière et procéder sans précipitation ni violence.

Les organes de la patiente, déjà plus ou moins irrités, peuvent avoir à souffrir de la compression résultant des efforts auxquels on se livre; ils peuvent être lésés par les bords osseux que les doigts ne masquent pas toujours dans toute leur étendue et le danger augmente surtout quand, cédant à l'action des pinces, ces bords deviennent anfractueux et présentent des saillies anguleuses, acérées.

Enfin, nous l'avons dit déjà, on peut se trouver dans la nécessité de recourir à une version, souvent fort difficile et dangereuse dans ces conditions.

qu'on a soin de tirer sur la branche protectrice, pour la maintenir sur la tête, pendant qu'on fait jouer le terebellum.

Quant à l'extraction, on comprend que, toutes choses égales d'ailleurs, elle est d'autant moins dangereuse que les os, enveloppés dans le cuir chevelu, glissent plus aisément et ne peuvent blesser les organes qu'ils traversent. Nous l'avons dit déjà, il ne se produit jamais d'esquilles saillantes à la base du crâne. S'il s'en produit une du côté de la voûte, elle n'a pas même besoin d'être masquée lorsqu'elle se trouve entre les deux branches de la pince. Au cas contraire, il est aisé de la maintenir avec deux doigts ou au moyen d'un petit tampon d'ouate, à moins qu'on ne préfère l'enlever avec la main, avec des pinces ou des ciseaux.

Ce serait ici le moment de faire connaître les résultats comparatifs de la section et de la transforation du crâne, mais nous préférons les reporter plus loin, à la suite de ce que nous aurons à dire de la céphalotripsie. Le tableau que nous présenterons alors mettra à la fois sous les yeux du lecteur les conséquences des trois procédés d'embryotomie.

### F. *Au point de vue des limites d'emploi.*

En dessous de 54 millimètres *dans un diamètre quelconque*, dit M. Vanhuevel, l'embryotomie ne doit plus être pratiquée, à moins de conditions particulières de position (1), de petitesse ou de putréfaction du

(1) *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 115. Par *conditions particulières de position*, M. Vanhuevel entend la présentation pelvienne qu'il considère, avec M. Hyernaux, comme éminemment favorable à l'application du forceps-scie.

Dans le cas d'issue du tronc, il a réussi, dit-il, à placer l'instrument dans un bassin de 4 centimètres. Mais nous n'avons pu trouver le fait à l'appui de cette assertion. Il est bien vrai que dans un cas le diamètre sacro-pubien avait été évalué à 4 centimètres (18 l.), mais à l'autopsie, on lui trouva 4 1/2 centimètres (20 l.). (V. *Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 53 et t. CCXIX, pp. 114 et 116.)

fœtus. Je lui préférerais l'opération césarienne, *lors même que l'enfant aurait cessé de vivre*, du moment que sa mutilation et l'extraction de ses débris exigeraient trop de difficultés, car les suites de tous ces efforts sont plus à craindre que celles de la gastro-hystérotomie elle-même (1).

« Que peut-on attendre de la mutilation d'un fœtus à terme, dit M. Marinus (2), si ses débris doivent blesser le canal qu'ils ont à parcourir pour être extraits?

Les déchirures, la contusion de la matrice et du vagin sont des accidents trop funestes pour qu'on s'expose à les produire en arrachant des os pointus et durs à travers une ouverture par trop rétrécie. »

« Dans un cas de rétrécissement en dessous de 5 1/2 centimètres, dit M. Lados (3), ce n'est pas parce que le forceps-scie ne peut pas diviser la tête que M. Vanhuevel renonce à son emploi; mais bien parce que la mutilation et l'extraction des débris nécessitent des opérations trop nombreuses et trop difficiles, ainsi que des efforts toujours redoutables à cause des accidents auxquels ils donnent lieu. »

L'instrument est sans doute plus facile à appliquer quand le sommet se présente que quand, le tronc étant sorti, le bassin se trouve occupé par le cou, sinon par le sommet du thorax, et cependant, dans le premier cas, M. Vanhuevel ne veut pas

(1) L'auteur émet la même opinion dans l'*Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 53, seulement il donne ici comme dernière limite 50 à 54 millimètres, au lieu de 54 millimètres. Pour M. Lados, cette dernière limite est de 5 1/2 centimètres (V. *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1851, p. 257).

(2) *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 276.

(3) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1851, p. 276. Nous voyons, en effet, que M. Vanhuevel a pu appliquer son instrument et faire la section de la tête dans un bassin de 4 1/2 centimètres (V. *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 114), mais il fut impossible d'extraire les segments et il fallut en venir à une version extraordinairement laborieuse et bientôt suivie de mort.

Nous verrons toutefois que, sauf erreur de mensuration, le forceps-scie a quelquefois réussi à 4 1/2 centimètres.

qu'on l'applique en dessous de 5 à 5 1/2 centimètres, tandis que dans le second il y a encore recours à 4 1/2 centimètres.

Pourquoi cette différence?

Évidemment, parce que *les difficultés de l'extraction* sont beaucoup plus considérables dans la première hypothèse que dans la seconde.

La question est donc de savoir si par un autre procédé de céphalotomie on ne peut pas rendre l'extraction plus facile, plus innocente, et faire ainsi descendre les limites de l'embryotomie au-dessous de celles qui lui sont assignées par notre savant compatriote.

Nous croyons avoir établi que là où le forceps-scie peut être appliqué, le transforateur peut également l'être. Qui empêche, dans un cas de vice extrême du bassin, de le diriger d'abord du côté de l'occiput, pour y pratiquer deux ou trois trous et l'engager dans le détroit supérieur (1), puis de retirer la branche protectrice seule et de la reporter vers la face, pour y faire quatre, cinq ou huit perforations, de fouiller en quelque sorte l'os temporal et le sphénoïde, jusqu'à ce que tout le crâne se réduise à un gâteau plat et mince que des tractions modérées puissent amener au dehors?

Ce sera long peut-être, mais qu'importe le temps lorsqu'il s'agit d'éviter l'opération césarienne pour un enfant mort, et lorsque la manœuvre qu'on lui substitue est assurément bien moins grave.

L'instrument a-t-il cette puissance? Nous l'affirmons, puisque le sphénoïde étant démoli, l'action des doigts seule suffit pour appliquer les os pariétaux l'un contre l'autre et pour réduire le diamètre bi-malaire à 4 centimètres (V. obs. X, XII, XV).

(1) *Dans les rétrécissements moyens*, nous portons d'emblée la branche protectrice du côté de la face, parce que la région occipitale, après la transforation, se laisse facilement réduire assez pour franchir un obstacle modéré. Mais, dans les vices extrêmes, nous croyons qu'il faut d'abord pratiquer un ou deux trous du côté de l'occiput. Cette région s'affaissant alors rapidement par l'évacuation de la matière cérébrale, s'engage davantage dans le bassin et rend ainsi la face et partant le sphénoïde plus facilement et plus sûrement accessibles. Après les premières perforations ainsi faites du côté de l'occiput et de l'apophyse mastoïde, on exerce quelques tractions, non dans le but d'extraire la tête, mais seulement pour la mieux fléchir et pour engager davantage la région occipitale dans le bassin.

Mais la tête ne se réduisit-elle qu'au volume de l'un des segments produits par le forceps-scie, elle s'extrairait toujours plus facilement que ce segment, 1° parce qu'elle reste enveloppée de ses téguments lubréfiés et glissants, 2° parce que notre pince est mieux appliquée et tient mieux que les tenettes à dents de loup, 3° parce qu'il ne faut pas lui adjoindre la main ou les doigts pour aller protéger les organes de la femme.

La limite inférieure posée par M. Vanhuevel ne s'applique pas seulement au diamètre sacro-pubien, mais encore à un *diamètre quelconque*, c'est-à-dire à tous les diamètres du bassin et parmi ceux-ci l'auteur range les espaces sacro-cotyloïdes (1). S'il en est ainsi, nous pouvons dire dès maintenant que non-seulement cette limite de 5 à 5 1/2 centim., mais aussi celle de 4 1/2 à 4 cent. est trop élevée, même dans une présentation du sommet, car la sphénotrésie nous a permis de délivrer, sans difficulté, deux femmes, quoique l'une des lignes sacro-cotyloïdiennes fut réduite chez la première à 35 millim. et chez la seconde à 25 millim., et le doute n'est pas possible, puisque nous conservons les deux bassins (2).

(1) Nous lisons, en effet, dans l'*Encyclographie*, t. CCXIX, p. 122 : « Le diamètre sacro-pubien mesure 2 p. 5 l., les *sacro-cotyloïdiens*, 2 p. seulement. » M. Hyernaux range également les espaces sacro-cotyloïdiens parmi les diamètres du bassin (*Traité d'accouchements*, 1866, p. 10).

(2) V. nos obs. VII et XIII. V. aussi l'obs. V. Nous reproduisons le fait suivant emprunté à M. Coppée, de Gand (*Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1861, p. 279) :

Femme primipare, en travail depuis vingt-quatre heures. Diamètre sacro-pubien de 6 à 6 1/2 centimètres. Eaux écoulées. Enfant mort.

Le forceps est essayé, mais l'étroitesse de l'espace sacro cotyloïdien droit qui est réduit à 4 1/2 centimètres ne permet pas de placer la branche femelle. Le levier, appliqué à deux reprises différentes, reste sans résultat. On tente d'introduire le forceps-scie, mais la branche droite ne parvient pas plus que celle du forceps ordinaire à surmonter l'obstacle constitué par le rapprochement du sacrum et de l'acetabulum droit.

Le craniotôme de M. Frédéricq est alors porté sur la petite fontanelle pendant que la tête est tenue immobile au moyen du levier, lequel sert ensuite à la réduire et l'amène au dehors, non sans difficultés. Le crâne était entièrement vidé et les os, tant *de la base* que de la voûte, étaient aplatis les uns contre les autres. Couches naturelles.

Ce fait prouve que, même dans une présentation du sommet, l'embryotomie peut encore suffire, quoique l'un des espaces sacro-cotyloïdiens, réduit à 4 1/2 centimètres, ne permette pas d'appliquer le forceps-scie.

Nous croyons pouvoir faire remarquer que le terebellum étant introduit dans le crâne : 1° il eût été au moins aussi facile de placer notre branche protectrice que le levier; 2° qu'il eût mieux valu diminuer la résistance par quelques transforations que de la surmonter de vive force, comme le levier l'a fait, en fracturant des os aussi solides que ceux de la base du crâne; 3° enfin, que l'extraction de la tête au moyen de notre pince eût été plus facile et moins violente qu'avec le levier.

### DU CÉPHALOTRIBE.

Nous nous étions proposé d'établir un parallèle complet entre la céphalotripsie et la transforation comme nous l'avons fait pour la section et la transforation du crâne, mais cela nous conduirait trop loin et nous forcerait à des redites fastidieuses pour le lecteur. Nous nous bornerons donc à faire ressortir les principales différences qui existent entre les trois instruments, au point de vue de leur application et de leur mode d'action, au point de vue de l'extraction de l'enfant, au point de vue des limites et des dangers respectifs de leur emploi.

A. *Application.* — Si les cuillers du céphalotribe sont un peu plus étroites que celles du forceps-scie, elles sont, par contre, plus épaisses et leur face interne est moins plane, ce qui gêne plus ou moins leur introduction et leur transport d'un point à l'autre du bassin. Leur courbure céphalique (ancienne courbure) étant peu prononcée, elles embrassent moins bien la convexité du crâne, ce qui, conjointement avec leur étroitesse, les expose à abandonner la tête ou à n'en plus saisir qu'un segment insuffisant, soit au moment où on les articule, soit lorsqu'on met en jeu la vis de pression. Nous croyons donc que, toutes choses égales d'ailleurs, l'application du céphalotribe exige plus de dextérité que celle du forceps-scie et, *a fortiori*, que celle du transforateur.

Si nous consultons l'important mémoire de M. Ed. Lauth (1) et l'excellente thèse de M. Alex. Guéniot (2), comprenant 214 observations de céphalotripsie, nous voyons d'abord que les renseignements relatifs à l'application de l'instrument font défaut dans 90 cas (3). Les détails n'existent donc que pour 124 cas, et encore laissent-ils souvent à désirer.

Sur ces 124 cas, *l'introduction ou l'articulation* des branches a présenté des difficultés ou la tête a été mal saisie 34 fois (27.4 pour 100).

Si nous recherchons ensuite les causes de ces difficultés, nous voyons

(1) *De l'embryothlasie.* Strasbourg, 1863.

(2) *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.* Paris, 1866.

(3) Observ. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 16, 23, 24, 34, 44, 54, 77, 79, 81 à 92, 97 à 106, 116 à 121, 123, 124, 125, 127, 128, 131, 132, 138, 140 à 144, 149, 150, 153, 154, 155, 170, 172, 173, 175, 176, 177 de M. LAUTH, et les 22 de M. GUÉNIOT.

qu'elles sont attribuées au vice du bassin 31 fois (sur 124) ou 25 fois sur 100 (1). Mais elles n'ont très-probablement pas toujours été signalées; car il n'en est fait mention que 11 fois sur 100 pour les bassins de 50 à 59 millimètres, ce qui serait beaucoup moins que pour les bassins plus larges, 4 fois moins, par exemple, que pour les bassins de 90 à 99 millimètres, et cela n'est guère possible.

Parmi les autres causes qui ont pu se joindre à l'étroitesse du bassin, pour augmenter la difficulté de l'application du céphalotribe, nous trouvons l'inclinaison exagérée du détroit supérieur (2), la dilatation insuffisante du

(1) Voici le tableau des cas où le bassin a été cause des difficultés dans l'application de l'instrument :

| OBSERVATIONS. | OPÉRATEURS. | Diam. sacro-pubiens. | REMARQUES. |
|---|---|---|---|
| 183. | Cuso et Pajot. | 36 millim. | C'est le seul cas de bassin au-dessous de 4 centimètres. |
| 166. | Pajot. | 55 » | 9 bassins offraient de 50 à 59 millimètres. |
| III. 22, 147. | Stoltz, P. Dubois, Feiler. | 60 » | 26, de 60 à 69 millimètres. |
| 35. | Langeinrich. | 61 » | |
| IV. | Stoltz. | 60 à 65 mill. | |
| 20. | P. Dubois. | 65 millim. | |
| 15, 17, 63. | P. Dubois, Id. Credé. | 67 » | |
| 13, 14. | P. Dubois, Id. | 70 » | 28, de 70 à 79 millimètres. |
| 3, 37, 60. | Baudelocque, Credé, Id. | 74 » | |
| 1. | Stoltz. | 75 » | |
| 28, 34. | Busch, Langeinrich. | 76 » | |
| IV. 27, 61, 67. | Stoltz, Busch, Credé, Id. | 81 » | 42, de 80 à 89 millimètres. |
| 167. | Pajot. | 82 » | |
| 71. | Credé. | 83 » | |
| 32. | Behrend. | 90 » | 9, de 90 à 99 millimètres. |
| 70, 107, 139. | Credé, Martin, Klein. | 94 » | |
| 73. | Credé. | 108 » | 13, de 100 à 110 millimètres. |
| 134. | Berliner. | 110 » | |
| 33, 133, 178. | Langeinrich, Hoogeweg, Wieger. | Non indiqué. | 65, où les dimensions ne sont pas indiquées. |

Comme on le voit, parmi les faits nombreux cités par M. Lauth, il en est 9 où le bassin était de 50 à 59 millimètres, et il est bien étonnant que la difficulté de l'application du céphalotribe ne soit signalée qu'une fois (1 : 9 ou 11 p. 100); tandis que sur les 26 cas où le bassin offrait de 60 à 69 millimètres, cette difficulté est mentionnée 9 fois (34.6 pour 100). Sur les 28 cas où le bassin variait de 70 à 79 millimètres, la difficulté s'est présentée 8 fois (28.5 pour 100). Sur les 42 cas de bassin de 80 à 89 millimètres, difficulté 6 fois (14.28 p. 100). Sur les 9 cas de bassin de 90 à 99 millimètres, difficulté 4 fois (44.4 pour 100). Sur 13 cas de bassin de 100 à 110 millimètres, difficulté 2 fois (15.4 par 100). Sur les 65 où les dimensions du bassin ne sont pas indiquées, difficulté 3 fois (4.6 pour 100).

(2) LAUTH. *L. c.*, obs. 147.

col de la matrice (1), la fréquence des contractions utérines (2), l'élévation de la tête (3), le décollement du cuir chevelu et la saillie des os au pourtour de la perforation faite à la voûte du crâne (4), la présence du tronc dans le bassin (5), et la mobilité de la tête restée seule dans les parties (6).

B. *Mode d'action.* — En supposant le cas le plus ordinaire d'un rétrécissement du diamètre sacro-pubien, le forceps-scie appliqué à la méthode allemande produit la réduction de la tête dans le sens désirable, tandis que le céphalotribe, placé de la même manière, détermine, au contraire, un allongement antéro-postérieur. Cet inconvénient peut devenir très-grave lorsque la tête est déjà engagée et surtout lorsqu'elle est enclavée au détroit supérieur, puisque les parties molles qui correspondent au promontoire et aux pubis en reçoivent un surcroît de compression fort regrettable. Dans une des observations de P. Dubois (7), on voit que le diamètre bis-auriculaire se trouvait réduit à 47 millimètres, tandis que l'occipito-mentonnier avait acquis l'étendue de 175 millimètres. M. Hersent, dans son remarquable mémoire (8), a fort bien démontré que si l'on a soin de perforer préalablement le crâne, de bien évacuer le cerveau et d'opérer très-lentement le broiement, la réduction du diamètre saisi en devient plus facile, plus complète, en même temps que l'allongement des diamètres opposés est beaucoup moindre. Cependant, même avec ces précautions, l'allongement dont il s'agit peut encore aller jusqu'à 7 millimètres.

L'inconvénient que nous signalons disparaît en partie lorsqu'on place les cuillers de l'instrument aux extrémités de l'un des diamètres obliques, mais on sait que dans les cas de vice extrême du bassin surtout, on est souvent obligé de suivre la méthode allemande.

De quelque manière qu'il soit appliqué, le céphalotribe, en comprimant

(1) Lauth. *L. c.*, obs. IV, 14, 147.
(2) *Ibid.*, *ibid.*, obs. 14.
(3) *Ibid.*, *ibid.*, obs. 14, 28, 37, 147.
(4) *Ibid.*, *ibid.*, obs. 14, 22, 139, 166, 167.
(5) *Ibid.*, *ibid.*, obs. 3, 71.
(6) *Ibid.*, *ibid.*, obs. 13.
(7) V. Lauth. *De l'embryothlasie.* Strasbourg, 1863, obs. XIX.
(8) V. *Encyclographie des sciences médicales.* tt. CLXXV et CLXXVI.

la tête, laisse le long des bords de ses cuillers un certain relief qui, bien que recouvert par les téguments, peut être plus ou moins aigu, plus ou moins saillant ; si son action compressive est trop rapide, si le cerveau mal broyé s'évacue trop brusquement (1), les bords de la perforation peuvent se renverser en dehors et des esquilles être mises à nu. Or, pour que le but soit atteint, il faut que le diamètre réduit soit reporté où se reporte vers le diamètre rétréci du bassin, c'est-à-dire que la tête exécute sur son diamètre vertical un mouvement de rotation que les saillies osseuses rendent difficile ou dangereux.

C. *Extraction de l'enfant.* — Pour qu'une application de céphalotribe soit parfaite, il faut que ses cuillers embrassent le centre de la tête et que leurs mors en atteignent la base. Si la première de ces conditions manque, la tête échappe le plus souvent à l'instrument, soit au moment où l'on articule, soit lorsqu'on fait jouer la vis de pression (2), soit lorsqu'on veut opérer l'extraction. Si elle reste saisie, elle n'est écrasée que dans un segment insuffisant et les cuillers sont encore très-sujettes à glisser pendant les tractions. La voûte du crâne peut rester intacte (3), et, ce qui est plus commun et plus fâcheux, la base peut ne pas être entamée (4).

Lorsque la seconde condition fait défaut, lorsque, par exemple, dans une présentation du sommet, les mors des cuillers ne pénètrent pas assez profondément, non-seulement le céphalotribe est fort exposé à lâcher prise, mais encore sa réapplication en devient plus difficile, parce que la tête est déformée et que sa base, restée intacte, forme des saillies qui se laissent malaisément contourner.

(1) M. Hersent a démontré que c'est souvent la masse cérébrale qui, en s'évacuant trop brusquement, fait saillir en dehors le pourtour de la perforation. De là le conseil fort sage de bien broyer et d'évacuer le cerveau. Mais, malgré cette précaution, il se produit parfois des esquilles qui rendent la céphalotripsie dangereuse. Dans l'observation II de M. Stoltz (v. LAUTH, p. 184), la putréfaction étant fort avancée, les bords des pariétaux étaient dénudés et écartés, au point de permettre le passage du doigt, bien qu'aucune opération n'eût encore été pratiquée.

Dans l'observation 166 de M. Lauth, M. Dubois ayant pratiqué de bonne heure la perforation de la tête pour favoriser son engagement, le pourtour de l'ouverture constitua ensuite une difficulté à l'application du céphalotribe faite par M. Pajot. Nous pourrions citer d'autres exemples.

(2) LAUTH. *Loc. cit.*, obs. 13, 36.

(3) *Ibid.*, *ibid.*, obs. I, de Stoltz.

(4) *Ibid.*, *ibid.*, obs. III, V, 32, 34, 42, 133, 183.

La forme de l'instrument, dont les cuillers peuvent tout au plus devenir parallèles, est d'ailleurs peu propre à une préhension solide. Aussi, malgré les perfectionnements qu'on y a apportés, malgré la recommandation fort sage de resserrer de temps en temps la vis de pression, le retour à vide du céphalotribe est-il extrêmement commun. Il a eu lieu de 1 à 4 fois dans 46 cas (1).

Or, les renseignements sur le manuel opératoire ne sont donnés, et parfois encore très-incomplétement, que dans 124 observations. L'instrument a donc glissé dans plus d'un tiers des cas (37 fois sur 100), et dans ce tiers des cas il a presque glissé, en moyenne, deux fois.

Quoi qu'il ne lâchât pas prise, il a fallu le retirer, au moins une fois, parce que les tentatives d'extraction restaient infructueuses, *dans* 25 *cas* (2), soit 20 fois sur 100.

Les tractions sont mentionnées comme énergiques dans 17 *cas* (3) et elles ont probablement été telles aussi dans les 23 cas, où, comme nous venons de le dire, on a retiré l'instrument, parce que les tentatives d'extraction échouaient. De sorte que, selon toute vraisemblance, il a fallu se livrer à des efforts considérables dans 40 cas, ou 32.2 fois sur 100. On n'a pu terminer l'accouchement dans la même séance, au moins dans 17 cas (4), ou 13.7 fois sur 100.

On a dû recourir à d'autres moyens pour extraire l'enfant dans 45 cas (5), et si à ces 45 cas on ajoute les 3 où la femme est morte sans être déli-

(1) Le céphalotribe a glissé : 1 fois dans 25 cas (V. Lauth, obs. 9, 14, 28, 33, 36, 43, 46, 47, 50, 51, 60, 62, 63, 65, 122, 129, 133, 139, 147, 156, 158, 163, 174, 178, 183);

2 fois de suite dans 8 cas (*Ibid.*, obs. 22, 27, 35, 42, 45, 76, 161, 165);

3 fois de suite dans 8 cas (*Ibid.*, obs. I, III, V, 21, 59, 126, 134, 167);

4 fois de suite dans 1 cas (*Ibid.*, obs. IV);

Plusieurs fois de suite dans 4 cas (*Ibid.*, obs. 12, 13, 37, 151).

(2) Lauth. Obs. 20, 21, 23, 39, 55, 56, 57, 60, 63, 64, 65, 94, 95, 107, 108, 110, 111, 127, 128, 154, 157, 167, 178, 183, 184.

(3) *Ibid.*, obs. II, III, V, 15, 17, 18, 30, 53, 54, 55, 66, 67, 68, 71, 75, 164, 179.

(4) Lauth. Obs. I, III, V, 16, 20, 21, 22, 29, 39, 56, 147, 164, 166, 167, 178, 179, 184.

(5) *Ibid.*, obs. I, V, 8, 9, 12, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 39, 42, 43, 46, 47, 50, 51, 52, 56, 57, 59, 62, 76, 94, 119, 120, 121, 122, 127, 128, 129, 133, 134, 139, 147, 151, 154, 156, 157, 164, 165, 167, 174.

vrée (1), on trouve que le céphalotribe a été insuffisant 48 fois sur 214 ou 22.4 fois sur 100 (soit 1 sur 4 à 5) (2).

Si l'on veut bien remarquer que les observations dont il s'agit sont presque toutes empruntées aux célébrités les moins contestables de la France et de l'Allemagne, on se fera une idée des difficultés que la céphalotripsie peut offrir aux praticiens ordinaires. On resterait cependant beaucoup au-dessous de la réalité si l'on croyait que ces difficultés ne se rencontrent qu'isolément, une à une; car souvent elles se présentent en plus ou moins grand nombre dans un seul et même cas. Les faits recueillis par M. Lauth étaient trop nombreux (192) pour qu'il pût faire autre chose qu'en donner une analyse succincte, résumant, sans les détailler, les obstacles qui se sont rencontrés, et si ces obstacles se devinent parfois à la diversité et à la durée des manœuvres nécessaires pour terminer la besogne, ils n'apparaissent cependant dans toute leur évidence que dans un petit nombre d'observations complètes. Parmi celles-ci nous en emprunterons d'abord deux au Nestor de l'obstétrique française. Nous les

(1) *Ibid.*, obs. 16, 21, 183.

(2) Le céphalotribe se montrant insuffisant, on a essayé :

| | | Sans succès. | Avec succès. | V. Lauth, *l c.* |
|---|---|---|---|---|
| L'extraction manuelle, | 9 fois | 4 fois | 5 fois | obs. I, 35, 60, 139.<br>» 42, 50, 52, 156, 157. |
| Le crochet mousse, | 9 fois | 5 fois | 4 fois | » III, 39, 60, 122*bis*, 129.<br>» 12, 27, 29, 129. |
| Le crochet aigu, | 8 fois | 3 fois | 5 fois | » 39, 56*bis*, 184.<br>» 39, 46, 51, 56, 57. |
| La pince à mors, | 6 fois | 5 fois | 1 fois | » III, 39, 122, 129, 184.<br>» 43. |
| Le forceps, | 13 fois | 6 fois | 7 fois | » 13, 37, 62, 94, 122, 129.<br>» V, 9, 35, 47, 59, 94, 133. |
| La version, | 21 fois | 4 fois | 17 fois | » III, V, 56*bis*, 174.<br>» I, V, 22, 28, 36, 37, 62, 76, 122, 134, 139, 147, 151, 154, 164, 165, 167. |
| La perforation seule ou suivie d'embryotomie, | 3 fois | | 3 fois | obs. 119, 120, 121. |
| L'opération césarienne, | 1 fois | | | » 174. |
| Des moyens non spécifiés, | 2 fois | | 2 fois | » 127, 128. |
| L'expulsion a été spontanée, | 7 fois | | | » 168, 169, 178, 179, 181, 182, 184. |
| La femme n'a pas été délivrée, | 3 fois | | | » 16, 21, 183. |

citons de préférence parce que la science et l'habileté de l'honorable M. Stoltz sont tellement connues que les difficultés ne peuvent absolument être mises que sur le compte du procédé.

*Observation I* (1) (*Stoltz*). *Bassin de 75 millimètres.* — Le docteur Z... a essayé, à deux reprises, le forceps. La tête, en position gauche, s'est défléchie de sorte que la grande fontanelle se trouve presque au centre du bassin ; elle est recouverte d'une tumeur mollasse formée par le cuir chevelu.

Le céphalotribe est placé sans difficulté ; la tête broyée, on exerce des tractions ; au bout de cinq à six minutes l'instrument glisse, et, quoiqu'on le serre davantage, il s'échappe bientôt tout à fait. On le réapplique, on le porte très-haut, mais il revient de nouveau à vide.

Deux heures de repos sont accordées à la femme, puis on constate que, la tête s'étant renversée sur le dos, la face et la base du crâne sont seules broyées et que la voûte est restée intacte. En retirant la main, on exerce des tractions sur des lambeaux de chair qui pendent de la face et l'on espère un instant voir avancer la tête, mais on ne fait qu'arracher la mâchoire inférieure, sans que le reste s'abaisse.

On se décide alors à appliquer une troisième fois le céphalotribe, on exerce de fortes tractions, mais l'instrument finit encore par glisser.

On introduit profondément la main droite, à gauche du bassin, jusqu'à l'occiput, qu'on essaie d'abaisser et d'entraîner. Cette manœuvre ne réussissant pas, on saisit le bras droit qu'on amène dans le vagin. Le long de ce bras on introduit alors la main gauche et l'on fait une version plus ou moins pénible.

Grâce à la prudence et à la dextérité de l'opérateur, cette femme a les couches les plus normales, ce qui prouve que quand les organes ne sont pas blessés ils supportent parfois beaucoup d'efforts sans qu'il s'en suive d'accident, mais le fait démontre aussi que, même à 7 1/2 centimètres, la céphalotripsie peut être très-laborieuse et insuffisante, même quand l'instrument est manié par un homme de la valeur de M. Stoltz.

Nous croyons que la transforation eût été plus facile et plus efficace. Le

(1) Lauth. *L. c.*, p. 180.

terebellum étant enfoncé dans la grande fontanelle, nous aurions broyé le cerveau, puis, la branche protectrice étant introduite du côté de la face, nous aurions pratiqué dans la base du crâne quelques perforations qui nous auraient permis, nous le pensons du moins, d'extraire facilement l'enfant.

*Observation V de M. Stoltz* (1). *Bassin de* 8 *centimètres.* — Le sommet se présente et l'enfant a succombé à la procidence du cordon ombilical. Le céphalotribe de Martin étant appliqué et la tête écrasée, on exerce des tractions ; il lâche bientôt prise. Il est réappliqué, et l'on essaie la perforation du crâne, mais la tréphine ne peut passer ; on recommence les tractions et on les fait exercer par des aides qui tiennent les deux bouts d'un essuie-mains dont le plein est appliqué sur la vis. On croit un instant que la tête descend, mais c'est l'instrument qui s'échappe de nouveau.

On attend pendant quatre à cinq heures. Quoique les douleurs soient redevenues assez vives, la tête ne s'engage pas. On applique une troisième fois le céphalotribe qui glisse une troisième fois.

Un quart d'heure de repos est accordé à la femme et l'on essaie la version, de la main gauche d'abord, puis de la main droite. On ne parvient qu'à amener un bras. Le forceps ordinaire est alors appliqué, et, après des tractions nombreuses et énergiques, on extrait une tête dont toute la voûte est écrasée, mais dont la *base est intacte.*

L'enfant pèse 2660 grammes. La mère succombe au douzième jour à une fièvre puerpérale.

Le bassin étant de 8 centimètres, et le fœtus, d'un volume ordinaire, se présentant par le sommet, nous nous tromperions singulièrement sur la valeur de la transforation si elle ne permettait pas de terminer l'accouchement avec facilité, promptitude et sécurité.

Citons encore quelques observations sommaires.

*Clinique de Vienne. Opérateurs Klein et Braun* (1). *Bassin de* 94 *millimètres.* — La face d'un enfant volumineux se présente en position

(1) LAUTH. *L. c.*, p. 196.
(2) V. LAUTH. *L. c.*, obs. 139.

mento-iliaque gauche antérieure et après deux jours de travail elle est peu engagée dans le bassin. On essaie la version qui échoue; on applique le grand et le petit forceps qui échouent également. M. Klein pratique la perforation au moyen du trépan et fait des injections d'eau tiède. Le crochet aigu d'abord, puis le crochet mousse n'ont pour résultat que de séparer les os de la voûte et de blesser la patiente.

Le céphalotribe de Kiwisch est appliqué; il glisse et produit une déchirure de la matrice.

M. Braun, alors aide de M. Klein, essaie d'extraire la tête avec la main, mais il s'arrête de peur d'augmenter l'étendue de la plaie utérine. Il va alors chercher un bras et l'attire fortement, dans l'intention d'opérer la décapitation au moyen du crochet de son frère, mais il ne parvient pas à embrasser le cou. Finalement, il va à la recherche des pieds et termine par la version. L'opération a duré une heure et demie. La femme succombe au sixième jour.

Les quelques réflexions que nous nous sommes permises à propos de l'observation précédente sont, *a fortiori,* applicables ici, puisque le bassin offrait 94 millimètres. Parmi celles qui nous sont propres, il en est trois (observ. 2, 4, 10) dans lesquelles la face se présentait dans des bassins de 72,75,80 millimètres, et, grâce à notre instrument, nous avons pu extraire la tête avec toute la facilité désirable.

*Observation de P. Dubois et Cazeaux* (1). *Bassin de* 70 *millimètres.* — Présentation de l'épaule; version; tractions violentes. La tête ne s'engage pas. Forceps inutilement essayé. Décollation. Forceps essayé de nouveau sans plus de succès. On applique vainement le céphalotribe, qui glisse plusieurs fois pendant les tractions et que l'on met de côté, *après trois heures* de tentative. Le crochet mousse est alors appliqué sur la mâchoire inférieure, et, grâce à des tractions dirigées plus en arrière, Cazeaux amène bientôt la tête. Nul renseignement sur les suites de toutes ces manœuvres.

*Observation de P. Dubois* (2). *Bassin de* 60 *millimètres, se rapprochant de l'oblique ovalaire.* — Après dix heures et demie de travail, le col étant seulement dilaté comme une pièce de cinq francs, P. Dubois

(1) Lauth. *L. c.*, obs. 12.

(2) Lauth. *Loc. cit.*, obs. 22.

rompt les membranes. Des eaux abondantes s'écoulent et le cordon tombe. C'est le sommet qui se présente.

Quatre heures plus tard, la femme étant chloroformée, on pratique la perforation et on applique le céphalotribe. Une grande quantité de matière cérébrale s'échappe, mais l'instrument glisse pendant les tractions. Sa réapplication est un peu plus difficile et pas plus heureuse.

Après trois heures de repos, on fait trois nouvelles applications qui sont difficiles et durent une heure.

On attend pendant seize à dix-sept heures, et le céphalotribe est encore appliqué deux fois. Le cuir chevelu et la saillie des os gênent l'opérateur. Au moment où l'instrument veut contourner la tête, il s'échappe un flot de sang, provenant très-probablement d'une déchirure constatée à l'autopsie. Finalement on pratique la version pelvienne, qui est fort laborieuse et immédiatement suivie de mort.

Dans notre observation VII, comme dans celle de P. Dubois, le diamètre sacro-pubien était réduit à 6 centimètres, mais, en outre, l'espace sacro-cotyloïdien gauche ne mesurait que 35 millimètres et cependant la transforation fut si facile et si efficace que l'expulsion spontanée eut lieu au bout d'une heure et que les couches furent complétement naturelles.

*Observation de P. Dubois* (1). *Bassin de* 60 *millimètres.* — Présentation du sommet. Cinquante-cinq heures de travail; forceps. Douze heures plus tard, nouvelle tentative. Idem après vingt-quatre heures d'attente.

Douze heures plus tard, céphalotribe appliqué trois fois et revenant chaque fois à vide.

Nouveau repos de quatre heures; trois nouvelles applications de céphalotribe infructueuses. La malheureuse, abandonnée à son triste sort, ne succombe cependant qu'au bout de dix-sept heures. Une déchirure s'étend du col au bord gauche de l'utérus, ne respectant que le péritoine. Poids de l'enfant : 2850 grammes.

Même remarque que sur l'observation précédente.

*Observation de Chailly* (2). *Bassin de* 70 *millimètres.* — Après vingt-

(1) LAUTH. Obs. 21.

(2) LAUTH. *Loc. cit.*, obs. 55.

quatre heures de douleurs, la tête reste fixée au-dessus du détroit supérieur. Six médecins appelés en consultation se prononcent pour l'opération césarienne ; mais les eaux sont teintes de méconium.

Six applications de céphalotribe ont lieu. Des esquilles sont successivement retirées. A chaque application, des tractions sont faites alternativement par quatre accoucheurs. Ce n'est qu'à la septième qu'un enfant de cinq livres est extrait. L'opération a duré cinq quarts d'heure. Les couches n'en sont pas moins naturelles.

Il nous semble toutefois que le bassin offrant 7 centimètres et l'enfant n'ayant qu'un volume fort ordinaire, il devrait être possible de délivrer une femme sans recourir à des efforts aussi longs, aussi répétés et aussi considérables que ceux auxquels on s'est ici livré. Il nous semble aussi que si les organes résistent à des violences de ce genre, c'est par un hasard providentiel sur lequel on ne peut compter.

Nous pourrions citer encore, l'*observation* 39 (1) où, après la céphalotripsie, Kilian dut recourir à la perforation, à l'extraction de fragments d'os et à plusieurs applications de crochets mousses, quoique l'enfant fût petit et que le bassin offrit 81 millimètres ;

L'*observation* 165 (2), où M. Blot fut obligé de pratiquer la version après avoir appliqué deux fois le céphalotribe, dans un bassin de 80 millimètres ;

Et surtout l'*observation* 167 (3), où, après six tentatives de céphalotripsie, M. Pajot dut en venir au même moyen (la version) et où les diverses manœuvres réunies durèrent deux heures, quoique le diamètre sacro-pubien ne descendît pas au-dessous de 82 millimètres. Mais les exemples qui précèdent suffisent pour démontrer jusqu'où peuvent aller les difficultés de la céphalotripsie, même quand l'opération est faite par les plus habiles d'entre les habiles (4).

(1) Lauth. *Loc. cit.*
(2) *Id. Ibid.*
(3) *Id. Ibid.*
(4) L'opération a été longue et laborieuse, quoique le bassin fut de 8 centimètres (obs. 54). Elle a duré deux heures (obs. III). Une heure pour une seule des trois séances (obs. 22). Il s'est écoulé vingt-quatre heures entre la première tentative opératoire et la terminaison par version (même obs.). L'opération a duré une demi-heure (obs. 35), trois quarts d'heure (obs. 68), une heure (obs. 137), trois quarts d'heure pour une seule des trois séances (obs. 167), une heure et demie (obs. 28 et 139), au moins quatre heures, en tout (obs. 39), cinq heures (obs. 129.)

En présence de ces faits, on comprend à peine l'indifférence, j'allais dire le dédain, de la plupart des praticiens français et allemands pour le forceps-scie. La statistique ne peut sans doute nous donner la mesure mathématique des *difficultés* d'une opération, et la lecture des observations publiées ne nous en donne elle-même qu'une idée approximative, mais après avoir lu et comparé attentivement les faits relatés par MM. Vanhuevel Simon, Marinus, Hyernaux, d'une part, et par MM. Lauth et Guéniot, d'autre part, nous le disons, sans esprit étroit de nationalité, l'avantage est incontestablement, selon nous, du côté du forceps-scie. Essayons de faire passer notre conviction dans l'esprit du lecteur en continuant le parallèle des deux instruments au point de vue des résultats qu'ils fournissent.

### STATISTIQUE.

I. CÉPHALOTRIPSIE. — Si l'on réunit les 192 faits recueillis par M. Lauth (1) aux 22 de M. Guéniot (2), on trouve 214 cas de céphalotripsie.

Mais il faut en déduire 21, dont l'issue est inconnue (3). Nous en retrancherons un encore (obs. 169 de M. Lauth), où il est question, non d'un broiement du crâne, mais d'un broiement du thorax opéré sur un avorton de 6 1/2 mois. Il en reste donc 192 qui peuvent servir de base à notre statistique.

Nous nous sommes donné la peine de dépouiller les observations consignées dans les deux ouvrages que nous venons de citer et nous présentons ici le résultat de ce dépouillement. Le lecteur désireux de contrôler l'exactitude de nos conclusions, nous saura probablement gré de lui avoir facilité une tâche fort ingrate.

(1) *De l'embryotlasie*. Strasbourg, 1863.

(2) *Thèse d'agrégation*. Paris, 1866 (V. p. 207).

(3) Obs. 10, 12, 37, 45, 111, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 127, 128, 131, 132, 133, 149, 150 de Lauth, 1 et 3 de Guéniot.

L'homme étant enclin à faire connaître ses succès plutôt que ses revers, il est probable que parmi ces 21 faits dont les résultats ne sont pas mentionnés, les cas de mort sont en majorité ; mais nous ne croyons cependant pas qu'il faille les porter au passif de la céphalotripsie comme le fait M. Verrier (*Parallèle entre le céphalotribe et le forceps-scie*. Paris, 1866, pp. 26 et 27), pour les obs. 1 et 3 de M. Guéniot. Nous préférons négliger les faits de ce genre tout en faisant remarquer qu'une semblable omission abaisse *très-probablement* la gravité de la céphalotripsie au-dessous de la réalité.

Les numéros qui ne portent aucune indication et ceux écrits en chiffres romains, sont tirés du mémoire de M. Lauth ; ce sont de beaucoup les plus nombreux. Nous avons fait suivre d'un *G* les observations empruntées à la thèse de M. Guéniot.

# TABLEAU A.

## OBSERVATIONS DE CÉPHALOTRIPSIE.

| DIAMÈTRE SACRO-PUBIEN. | N°s D'ORDRE. | CAS SUIVIS DE MORT. | CAS SUIVIS D'ACCIDENTS inflammat. | CAS SUIVIS de FISTULES. | RÉSUMÉ. | Nombre de cas. | Morts. | Accidents inflam. | Fistules. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Millimètres. | V. OBS. | V. OBS. | V. OBS. | V. OBS. | | | | | |
| 36 — | 183 | 183 | » | » | au-dessous de 50 mill. | 1 | 1 | | |
| 50 — | II. 166, 168 | II. 166 | » | 168 | de 50 à 54 millim. | 4 | 2 | | 1 |
| 54 — | 53 | » | » | » | | | | | |
| 55 — | 10 (G.), 18 (G.) | 18 (G.) | » | » | | | | | |
| 57 — | 105 | 105 | » | » | de 55 à 59 — | 4 | 2 | 1 | |
| 59 — | 151 | » | 151 | » | | | | | |
| 60 — | III, IV. 21, 23 147, 179, 180, 181, 182, 9 (G.), 13 (G.) | IV. 21, 22, 147, 9 (G.), 13 (G.) | » | » | de 60 à 64 — | 13 | 7 | | |
| 61 — | 55, 154 | 154 | » | » | | | | | |
| 65 — | 20, 7 (G.) | 7 (G.) | » | » | | | | | |
| 67 — | 4, 8, 11, 15, 17, 19, 63, 138, 184, 185 | 15, 17, 19 | 63 | 11 | de 65 à 69 — | 13 | 4 | 1 | 1 |
| 68 — | 17 (G.) | » | » | » | | | | | |
| 70 — | 13, 14, 23, 55, 19 (G.) | 23 | 13 | 19 (G.) | | | | | |
| 71 — | 12 (G.) | 12 (G.) | » | » | | | | | |
| 72 — | 14 (G.), 174 | 14 (G.), 174 | » | » | de 70 à 74 — | 14 | 6 | 3 | 1 |
| 74 — | 1, 2, 3, 18, 56, 60 | 56, 60 | 1, 2, 3 | » | | | | | |
| 75 — | I. 146, 5 (G.), 6 (G.), 8 (G.), 15 (G.), 16 (G.), 22 (G.) | 6 (G.) | » | » | | | | | |
| 76 — | 28, 33, 79, 80, 113. | 79 | 28 | » | de 75 à 79 — | 14 | 2 | 1 | |
| 79 — | 31 | » | » | » | | | | | |
| 80 — | 81, 82, 110, 145, 165, 4 (G.), 21 (G.) | 110 | 145 | 4 (G.) | | | | | |
| 81 — | 16, 26, 27, 30, 34, 38, 39, 61, 65, 66, 67, 68, 69, 76, 93, 94, 96, 114, 115, 176. | 16, 27, 67, 93, 94, 114, 176 | 34, 38, 39, 66 | 34, 68 | de 80 à 84 — | 33 | 10 | 6 | 3 |
| 80 et qqs. — | 54, 54bis | » | 54 | » | | | | | |
| 82 — | 167 | 167 | » | » | | | | | |
| 83 — | 71, 72, 109 | 71 | » | » | | | | | |
| 85 — | 112, V. | 112, V | » | » | | | | | |
| 87 — | 62, 159 | » | » | » | de 85 à 89 — | 9 | 4 | 1 | |
| 88 — | 29, 58, 74, 77, 137 | 58, 137 | 74 | » | | | | | |
| 90 — | 52 | » | » | » | | | | | |
| 94 — | 40, 70, 95, 107, 108, 139 162, 163 | 70, 95, 139, 163 | 40, 107 | » | de 90 à 94 — | 9 | 4 | 1 | |
| 100 — | 59, 136, 157 | 136 | 157 | » | à 100 — | 3 | 1 | 1 | |
| 105 — | 73 | 73 | » | » | à 105 — | 1 | 1 | | |
| 110 (bassin normal). | 5, 6, 64, 75, 129, 134, 135, 161, 11 (G.) | 5, 6, 129, 134, 11 (G.) | 135 | » | à 110 — | 9 | 5 | 1 | |
| Renseignements insuffisants. | 20 (G.), 24, 41, 42, 52, 78, 104, 143, 144, 156, 158, 160, 164, 170, 171, 172. | 20 (G.), 24, 156 | 41, 42, 143, 160, 176 | 78 | Total. . . . . | 127 | 49 | 18 | 6 |
| Renseignements nuls. | 7, 9, 25, 36, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 57, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 103bis, 106, 123, 124, 125, 126, 130, 140, 141, 142, 148, 152, 153, 155, 173, 175, 177, 178, 2 (G.) | 25, 36, 44, 47, 57, 102, 103, 175 | 126, 142, 177, 178 | 43 103bis 141 | Renseignements insuffisants ou nuls. . . . . | 65 | 11 | 9 | 4 |
| | | | | | Total général. | 192 | 60 | 27 | 10 |

RÉSUMÉ.

*a*) Si nous prenons les 192 cas indistinctement, nous avons 60 morts, ou 31.25 pour 100; 27 cas d'accidents inflammatoires et 10 cas de fistules vésico-vaginales; ensemble 37 cas d'accidents ou 19.27 pour 100; 95 couches naturelles ou 49.47 pour 100.

*b*) Si nous ne prenons que les 127 cas dans lesquels les dimensions du bassin sont indiquées, nous avons 49 morts, ou 38.58 pour 100; 18 cas d'accidents inflammatoires et 6 cas de fistules urinaires; ensemble 24 cas d'accidents, ou 18.89 pour 100; 54 cas de succès complets ou de couches exemptes d'accidents, ou 42.52 pour 100.

*c*) Si nous ne considérons que les bassins de 66 millimètres au maximum (rétrécissements extrêmes), nous trouvons, sur 24 cas, 13 morts, ou 54.16 pour 100; 1 cas d'accident inflammatoire et 1 cas de fistule; ensemble 2 cas d'accidents, ou 8.33 pour 100, par rapport aux 24 femmes opérées; 9 couches naturelles, ou 37.51 pour 100.

*d*) Si nous ne considérons que les rétrécissements moyens, c'est-à-dire ceux dans lesquels le diamètre sacro-pubien varie de 66 à 80 millimètres, nous trouvons, sur 46 cas, 12 morts, ou 26.8 pour 100; 7 cas d'accidents inflammatoires et 3 cas de fistules; ensemble 10 cas d'accidents puerpéraux, ou 21.73 pour 100; 24 cas de couches normales ou 52.17 pour 100.

Donc, en dernière analyse : 1° Si nous prenons tous les cas indistinctement, nous avons sur 100 cas, 31,25 morts; 19.27 accidents inflammatoires; 49.47 couches naturelles;

2° Si nous ne considérons que les cas où les dimensions du bassin sont indiquées, nous avons, sur 100 cas, 38.58 morts; 18.89 accidents inflammatoires; 42.52 couches naturelles;

3° Si nous considérons les rétrécissements moyens (66 à 80 millimètres), nous trouvons, sur 100 cas, 26.08 morts; 21.73 accidents inflammatoires; 52.17 couches naturelles;

4° Si nous considérons les rétrécissements extrêmes (65 millimètres au plus), nous avons, sur 100 cas, 54.16 morts; 8.33 accidents inflammatoires; 37.51 couches naturelles.

II. SECTION DU CRANE. — Comme pour la céphalotripsie, nous avons réuni dans un même tableau B, toutes les observations de section du crâne que nous avons pu recueillir. Leur chiffre s'élève à 130, mais sur ce nombre, il n'en est que 91, pour lesquelles les dimensions du bassin sont suffisamment indiquées (1).

(1) De ces 130 cas :

46 sont empruntés à M. Vanhuevel. (V. *Encyclographie des sciences médicales*, t. CCXXXII et t. CCLI). Ils portent les n°s d'ordre 1 à 46.

7 à M. Simon. N°s 47 à 53. (V. *Encyclographie*, tt. CCXXXII, CCXXXIII, et VERRIER. *Du forceps-scie des Belges*, 1863, p. 48).

28 à M. Hyernaux. N°s 54 à 81. (V. *Presse médicale belge*, 1856, pp, 183, 190, 191, 198 et *Traité d'accouchements*, 1866, pp. 886, 887, 892, 900, 907). Nous n'avons pas cru devoir omettre les faits cités dans cet ouvrage bien qu'ils aient pu être choisis comme un auteur choisit les exemples à l'appui de ce qu'il avance. Nous avons seulement négligé les deux cas de section du tronc suivie de mort.

3 observations sont empruntées à M. Guillery. N°s 83, 84, 85 (V. *Dissert.*, 1855).

2 à M. Wasseige. N°s 86, 87. (V. VERRIER. *Du forceps-scie*, 1863 et *Parallèle, etc.*, 1866).

1 à MM. Frayes et Lados. N° 88. (V. *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1850).

1 à MM. Willems et Coppée. N° 89 (*Bulletin de la Société de Gand*, 1860).

34 à M. Agudio. N°s 90 à 123 et 1 à M. Casati. N° 82. (V. VERRIER. *Parallèle entre le forceps-scie et le céphalotribe*, 1866).

7 nous sont personnelles. N°s 124 à 130.

# TABLEAU B.

## OBSERVATIONS DE SECTION DU CRANE AU MOYEN DU FORCEPS-SCIE.

| DIAMÈTRE SACRO-PUBIEN. | Nos D'ORDRE. | CAS suivis de mort | Cas suivis d'accidents non mortels. | RÉSUMÉ. | CAS. | MORTS. | ACCIDENTS. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | V. OBS. | | | | | | |
| 45 millimètres | 30, 66, 84 | 30 | | de 45 à 49 millimètres | 4 | 1 | » |
| 47 — | 65 | | | | | | |
| 50 — | 59 | | 59, fièvre puerpérale imminente. Rien des suites | de 50 à 54 — | 5 | 2 | 2 |
| 54 — | 1, 60, 124, 125 | 1, 125 | 60, métrite | | | | |
| 56 — | 21 | | 21, métrite | | | | |
| 58 — | 126 | | | de 55 à 59 — | 4 | » | » |
| 59 — | 7, 23 | | 7, couches très-graves | | | | |
| 60 — | 101, 110, 115, 122, 127 | 110 | 101, métro-péritonite. 122, métrite, phlegm. alba dolens | | | | |
| 61 — | 31, 40, 58, 62, 63, 64 | | | | | | |
| 62 — | 102, 103, 114 | 102 | 103, métrite, phlegm. alba dolens. 114 escarres vulvaires | de 60 à 64 — | 17 | 2 | 6 |
| 63 — | 32, 36, 41 | | 32, fièvre, quinquina. 36, métrite. 41, phlébite utérine | | | | |
| 65 — | 33, 106, 107 | 106 | 33, fièvre, quinquina. 107 métrite | | | | |
| | 2, 12, 13, 27, | 12 | 2, fièvre, quinquina. 37, métro-péritonite. 43, état général grave. 55, couches très-graves. 90, métrite. 93, métrite. | | | | |
| 67 — | 37, 43, 44, 47, 50, 53, 55, 85, 86, 90, 92, 93, 94, 96, 118 | 44 118 | | de 65 à 69 — | 23 | 4 | 7 |
| 69 — | 120 | | 120, escarres vulvaires | | | | |
| 70 — | 25, 56 | | | | | | |
| 71, 72 — | 3, 116, 119 | 3 | 121, métrite | | | | |
| | 121, 123 | 116 | | | | | |
| 67 à 81 — | 89 | | | de 70 à 74 — | 15 | 3 | 6 |
| 74 — | 9, 49, 52, 91, 97, 100, 108 | 9 | 49, métrite. 52, métro-péritonite. 97, phlegm. alba dolens. 100, métro-péritonite. 108, métrite | | | | |
| 75 — | 87, 88, 128 | 87, 128 | 88, métro-péritonite | | | | |
| 76 — | 95 | | 95, métro-péritonite | | | | |
| 77 — | 5, 6, 16, 28, 34, 35, 129 | 6 | 5, fièvre, quinquina | de 75 à 79 — | 12 | 4 | 2 |
| 78 — | 105 | 105 | | | | | |
| 80. 81 — | 54. 83. 109 | 54 | 109, métrite, escarres | de 80 à 84 — | 5 | 2 | 2 |
| 83 — | 111, 117 | 117 | 111, métrite | | | | |
| 86 — | 82 | | | de 85 à 89 — | 2 | 1 | » |
| 88 — | 48 | 48 | | | | | |
| Bassin normal . . | 46, 57, 61, 130 | 46, 130 | | Bassin normal . . . . | 4 | 2 | » |
| | 4. 8. 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 24 | 10, 11 14 | 4, couches graves. 22, métrite. 29, métrite. 39, métro-péritonite. 42, métro-péritonite. 45, métrite. 104, métrite. Nuls renseignements sur les observations 71 à 81 | Bassin indiqué . . . . | 91 | 21 | 27 |
| Bassin non indiqué ou non précisé . . | 26, 29, 38, 39, 42, 45, 51, 67, à 81 inclus, 98, 99, 104, 112, 113 | 38, 67 68, 69 70 | | Bassin non indiqué . | 39 | 8 | 7 |
| | | | | Total. . . . . | 130 | 29 | 34 |

N. B. Parmi les accidents puerpéraux, nous n'avons pas compris les 4 cas de fièvre ayant cédé au sulfate de quinine, bien qu'on puisse se demander s'il s'agissait toujours de simple fièvre intermittente.

*a*) Si nous prenons indistinctement les 130 cas de section du crâne,

nous avons 29 morts ou 22.30 pour 100; 34 cas d'accidents inflammatoires ou 26.15 pour 100; 67 couches normales ou 51.53 pour 100.

*b*) Si nous ne prenons que les 91 cas où les dimensions du bassin sont mentionnées, nous avons 21 morts ou 23.07 pour 100; 27 cas d'accidents inflammatoires ou 29.78 pour 100; 43 couches exemptes d'accidents ou 47.25 pour 100.

*c*) Si nous considérons seulement les 33 cas où le bassin présentait 65 millimètres au maximum (rétrécissements extrêmes), nous trouvons 6 morts ou 18.18 pour 100; 11 cas d'accidents inflammatoires ou 33.33 pour 100; 16 cas de couches normales ou 48.48 pour 100.

*d*) Si nous considérons seulement les 50 cas où le bassin présentait de 66 à 80 millimètres (rétrécissements moyens), nous trouvons 11 morts ou 22 pour 100; 15 cas d'accidents inflammatoires ou 30.00 pour 100; 24 cas de couches naturelles ou 48 pour 100.

*e*) Restent 8 opérations dans des bassins de 83 à 110 millimètres : morts, 4, soit 50 pour 100; métrite, 1, ou 12.50 pour 100; couches normales, 3, ou 37.50 pour 100.

Donc : 1) En prenant les 130 cas indistinctement, nous avons, sur 100 cas : 22.30 morts; 26.15 accidents inflammatoires; 51.53 couches naturelles.

2) En ne prenant que les 91 cas où les dimensions du bassin sont mentionnées, sur 100 cas nous trouvons : 23.07 morts, 29.78 accidents inflammatoires, 47.25 couches naturelles.

3) Dans les cas de vices moyens (66 à 80 millimètres), sur 100 cas : 22.00 morts, 30.00 accidents inflammatoires, 48.00 couches naturelles.

4) Dans les cas de vices extrêmes (65 millimètres au maximum), sur 100 cas : 18.81 morts, 33.33 accidents inflammatoires, 48.48 couches naturelles.

Il convient de considérer surtout ici l'emploi des deux instruments dans les cas de vice extrême du bassin.

*a*) *Céphalotribe.* — 1) Cet instrument n'a été appliqué qu'une fois au-dessous de 5 centimètres. C'est dans l'observation de MM. Cusco et Pajot. Le bassin se trouvait réduit à 36 millimètres. La femme est morte sans être délivrée (V. cette obs., plus loin).

2) A 50 millimètres, le céphalotribe a été appliqué trois fois : une fois par Stoltz (1), 2 fois par Pajot (2).

(1) LAUTH. *Loc. cit.* Obs. II, p. 184 (STOLTZ). Le travail dure depuis huit jours, les eaux sont écoulées depuis quatre jours et une odeur infecte s'exhale des parties. Quoique aucune opération n'ait été pratiquée, le cuir chevelu est déchiré, le doigt peut arriver aux os et pénétrer dans le crâne, entre les os pariétaux. On essaie d'abord le forceps, dont la seconde branche est très-difficile à introduire, puis les doigts, puis de fortes pinces qui amènent avec peine quelques fragments d'os. Le céphalotribe est alors appliqué; on tire avec force et on amène la tête ; mais l'extraction du tronc présente encore de sérieuses difficultés. L'opération dure, en tout, une heure et demie. La femme, qui d'ailleurs se trouvait déjà dans un état très-grave, lors de son entrée, succombe au quinzième jour à une affection puerpérale.

(2) LAUTH. Obs. 166, ou PAJOT. *De la céphalotripsie répétée sans tractions*, p. 14. Mesuré à plusieurs reprises, le bassin avait toujours donné 6 1/2 centimètres après réduction. A l'autopsie, on lui trouva la forme générale d'un cœur de carte à jouer dont la pointe constituerait la symphyse, et il ne présentait guère en réalité *plus de 5 centimètres pour le passage de la tête*. D'après M. Lauth, le diamètre sacro-pubien aurait été de 55 millimètres. Quoi qu'il en soit, voici le fait : Premières douleurs, le 31 août, à 7 heures du soir ; rupture des membranes, le 1er septembre, à 2 heures du matin. A 9 heures, P. Dubois perfore le crâne pour activer la dilatation. A 4 heures, la dilatation est encore incomplète, lorsque M. Pajot chloroforme la malade et applique le céphalotribe. La branche gauche s'introduit très-difficilement, en raison du décollement et des replis du cuir chevelu qui ont été la conséquence de la perforation. Quatre broiements successifs sont opérés dans la même séance.

A 8 heures du soir, nouveau broiement, répété deux fois, avec facilité : quelques tractions amènent la tête toute broyée et extrêmement allongée. Une serviette, passée autour du cou, permet de tirer sur le tronc. Celui-ci suit beaucoup plus facilement qu'on ne l'avait espéré. Mais il est petit, du poids de 2000 grammes, sans matière cérébrale.

Il survient de l'arthrite pubienne qui suppure, de la pelvi-péritonite, un abcès énorme dans la paroi abdominale antérieure, et la femme succombe au cinquante-deuxième jour après son accouchement.

Deuxième fait de M. Pajot (V. son mémoire, p. 18, ou LAUTH. Obs. 168). Après trente-six heures de travail, pendant lesquelles dix médecins, d'après Pajot, quatorze, d'après Lauth, sont appelés sans vouloir se charger d'un cas aussi difficile, la patiente est apportée à la clinique. Elle est fatiguée sans doute, mais l'état général n'est pas mauvais, le pouls se soutient et le moral est calme. A un premier examen, M. Pajot évalue le bassin entre 4 et 6 centimètres, mais il est difficile de l'apprécier exactement, car le sommet de la tête est allongé et il plonge un peu au-dessous du détroit supérieur, ce qui empêche le doigt d'atteindre l'angle sacro-vertébral. (Mesuré plus tard, avant le départ de l'hôpital, il donna un diamètre de 5 centimètres). Enfant mort, d'un volume ordinaire. Pajot fait la perforation, pratique un premier broiement, imprime un léger mouvement de rotation à la tête, retire le céphalotribe et le réapplique.

Il attend quatre heures, fait deux nouveaux broiements, et ainsi de suite jusqu'à huit.

A minuit, lorsqu'elle se dégage, la tête est très-allongée et réduite à la consistance d'un chiffon. Des tractions exercées sur elle restant sans effet, on la coupe, on applique l'instrument sur le tronc et on attend de nouveau. L'expulsion se fait spontanément à 5 heures du matin.

La femme se remet bien ; mais au bout de quinze jours, elle perd ses urines et l'on constate l'existence d'une petite fistule vésico-vaginale, opérée plus tard et parfaitement guérie par M. Nélaton.

Dans un cas, celui de Stoltz, l'extraction d'un fœtus putride exigea d'assez grands efforts et fut suivie de mort.

Dans l'un des faits de M. Pajot, l'application de l'instrument offrit de très-sérieuses difficultés, quoique l'enfant fût petit et que le bassin dépassât réellement 5 centimètres (*obs.* 166). La femme succomba.

Dans l'autre, il n'est rien dit du volume du fœtus, mais il était mort et la tête se trouvait assez fortement engagée dans le bassin. Aussi l'opération fut-elle plus facile et suivie de guérison, mais avec fistule.

3) A 54 millimètres, le céphalotribe a été appliqué 1 fois, par Chailly (1).

A 55 millimètres, 2 fois, par P. Dubois (2).

Dans l'observation de Chailly, il fallut se livrer à des efforts extraordinaires et néanmoins la femme guérit sans accidents.

Dans celles de Dubois, les détails relatifs à l'opération manquent. L'une des femmes succomba, l'autre survécut.

4) A 57 millimètres, un cas de céphalotripsie suivie de mort (3).

(1) LAUTH. Obs. 53, ou *Encyclographie*, 1850, t. CCXX. p. 92. Mme Albert est en travail depuis vingt-quatre heures. L'enfant est mort et le cuir chevelu considérablement tuméfié. M. Chailly qui avait extrait peu de temps auparavant, par le forceps, une fille vivante, chez une femme dont le bassin avait, deux ans auparavant, réclamé une céphalotripsie pratiquée par P. Dubois, applique le forceps sans difficulté, et exerce quelques tractions qui n'aboutissent pas.

Il perfore la tête entre les branches de l'instrument et fait de nouvelles tractions, mais la base du crâne résiste. Une nouvelle dose de chloroforme est administrée et le céphalotribe substitué au forceps. Placé à la méthode allemande, il allonge la tête d'avant en arrière, mais avant de tirer, M. Chailly reporte, autant que possible, le diamètre allongé vers le transverse du bassin. La tête cède alors un peu, mais l'instrument glisse. Il est réappliqué sur le grand diamètre artificiel du crâne qui se trouve à son tour aplati. La tête réduite en une espèce de pâte molle, se moule alors sur le détroit, s'y engage, mais seulement à l'aide d'efforts très considérables que MM. Bonnassis, Moreau et Chailly sont obligés de faire tous trois à tour de rôle. Les épaules opposent aussi une résistance assez vive.

« Il était temps, ajoute Chailly, que le drame si saisissant, en plusieurs actes, et qui n'avait cependant *duré qu'une heure*, se terminât. Nous étions exténués... »

Couches naturelles.

(2) GUÉNIOT. Obs. 10 (P. DUBOIS). Tronc sorti ; décollation ; céphalotripsie. Guérison.

IDEM. Obs. 18 (P. DUBOIS). Accouchement provoqué avant terme. Forceps insuffisant. Céphalotribe. Mort.

(3) LAUTH. Obs. 105 (MARTIN). Pas de détails sur l'opération. Mort attribuée à l'épidémie régnante.

5) A 59 millimètres, un cas de céphalotripsie insuffisante ; version difficile. Péritonite. Guérison (1).

6) A 60 millimètres, le céphalotribe a été appliqué 11 fois, à 61 millimètres, 2 fois. Ensemble 13 fois (2).

(1) IDEM. Obs. 151 (SCHULZE). La femme étant chloroformée, Busch applique d'abord son perforateur, puis le céphalotribe qui glisse. La tête ne pouvant être extraite, Schulze fait la version et amène l'enfant avec grand'peine. Péritonite. Guérison après quatre semaines.

(2) V. LAUTH. *Op. citato*. Obs. III (STOLTZ). Joséphine L., après trois jours de douleurs, avait été accouchée une première fois au forceps ; quelques tractions énergiques avaient amené un enfant du poids de 2,450 grammes, qui avait fait quelques inspirations et dont le pariétal gauche était aplati en totalité. Le bassin avait alors été évalué à 85 millimètres.

2e *accouchement*. Après environ quatre-vingts heures de douleurs, Hergott applique le forceps qui glisse deux fois de suite, puis il fait la perforation, puis le broiement avec le céphalotribe de Baudelocque qui s'échappe aussi à vide dès qu'on tire dessus. On essaie sans succès des pinces à mors et le crochet mousse. On tente vainement la version.

Quatre heures plus tard, Stoltz constate que quelques portions osseuses ont été enlevées, mais que la base du crâne n'a pas été attaquée. Il chloroforme la patiente et applique le céphalotribe de Martin. Il fait des tractions méthodiques et énergiques; l'instrument s'échappe; il est réintroduit et s'échappe encore. On le réapplique de nouveau deux fois, et on amène un enfant de 2770 grammes sans le cerveau. Le bassin, mesuré alors avec le pelvimètre de Vanhuevel, ne donne que 6 centimètres. Durée totale des manœuvres : près de deux heures. Couches naturelles.

Obs. IV (STOLTZ). Accouchement provoqué, débridement du col, perforation, céphalotripsie régulière. Mort.

Obs. 21 (P. DUBOIS). Femme morte sans être accouchée.

Obs. 22 (P. DUBOIS). Céphalotripsies répétées, insuffisantes. Version des plus laborieuses, immédiatement suivie de mort.

Obs. 35 (LANGHEINRICH). Tentatives de version, puis de forceps. Insuccès. Céphalotribe porté successivement sur deux diamètres différents. Il glisse quand la tête est au périnée. On essaie l'extraction manuelle, puis on emploie le forceps qui termine aisément. Poids de l'enfant : 3269 grammes. La femme sa porte bien.

Obs. 147 (FEILER). Chloroforme, perforation, attente. Application du céphalotribe difficile. Un petit segment de la tête est enfin saisi et broyé. Tractions ; l'instrument glisse. Attente ; nouvelles tentatives avec le céphalotribe, mais la tête ne peut être saisie assez solidement. Version très-difficile. Enfant de 2568 grammes. Péritonite. Mort.

Obs. 151 (SCHULZE). Perforation ; céphalotripsie. Sans détails. Elle est insuffisante et il faut recourir à la version. Le cinquième jour, la femme succombe à une lymphangite épidémique.

Obs. 179 (PAJOT). Perforation, céphalotripsie, tractions excessivement vigoureuses ; rotation imprimée à la tête. On recommence au bout d'une heure, sans plus de succès. Plus tard, nouvelles tentatives infructueuses. Le lendemain, la tête se dégage spontanément. Incontinence passagère d'urine. Guérison (PAJOT, p. 13.)

Obs. 180, 181, 182 (PAJOT). Broiements successifs. Succès. Un des enfants est petit. Deux femmes ont des incontinences passagères d'urine.

Thèse de GUÉNIOT. Obs. 9 (P. DUBOIS). Fœtus putride ; perforation ; attente. Céphalotribe appliqué plusieurs fois. Sans autres détails. Rupture du vagin et du col utérin. Mort,

7 femmes sont mortes, dont 1 sans être délivrée ; 3 ont eu des incontinences passagères d'urine. L'opération a été longue et difficile, 3 fois. Difficile et insuffisante, 5 fois. Régulière, 4 fois. Les détails laissent à désirer, 1 fois.

7) A 65 millimètres, le céphalotribe a été appliqué 2 fois par P. Dubois (1).

Une femme guérit, l'autre meurt.

Opération difficile dans un cas ; sans détails, dans l'autre.

8) A 67 millimètres, le céphalotribe a été appliqué 10 fois, à 68 millimètres, 1 fois. Ensemble 11 fois (2).

Guéniot. Obs. 13 (Depaul). Deux séances de céphalotripsie, à dix-huit heures d'intervalle, sans plus de détails. Péritonite. Mort.

(1) Lauth. Obs. 20 (P. Dubois). Rupture artificielle des membranes. Chloroforme ; perforation; céphalotripsie; tractions inefficaces. Le lendemain, chloroforme, nouvelle application un peu difficile, sur la tête d'abord, puis sur le thorax. Couches presque normales.

Guéniot. Obs. 7 (P. Dubois). Céphalotripsie ; sans détails. Mort.

(2) Lauth. Obs. 4 et 8 (Baudelocque). Opération facile. Couches heureuses. Enfants de 6 livres.

Obs. 11. (Barbette). Plusieurs applications de forceps ; parties très-tuméfiées ; céphalotripsie facile et prompte. Traitement de douze jours ; guérison, mais il reste une fistule vésico-vaginale.

Obs 15 (P. Dubois). Grandes difficultés pour saisir la tête ; plus grandes encore pour l'extraire ; tractions les plus énergiques. Mort.

Obs. 17 (P. Dubois). Grandes difficultés pour saisir la tête. Pendant le broiement, très-vive douleur dans le bassin. Pénibles efforts pour l'extraction. Mort. Déchirure du psoas. La céphalotripsie n'avait pas été précédée de la perforation.

Obs. 19 (P. Dubois). Tronc sorti ; section du cou ; céphalotripsie, non précédée de perforation. Mort. Diamètre bis-auriculaire, 47 millimètres, occipito-mentonnier, 175.

Obs. 63 (Credé). Céphalotribe ; la matière cérébrale ne s'écoulant pas, on essaie la perforation entre les branches de l'instrument. Pour réussir, il faut enlever celui-ci ; puis, la petite fontanelle étant percée, on le réapplique. Il ne saisit que le segment postérieur de la tête et glisse. On le réapplique de nouveau, et on fait l'extraction, en ayant soin de protéger avec les doigts, le vagin contre le *rebord saillant* de l'orifice de la perforation. Métrite grave, qui cède à un traitement énergique.

Obs. 138 (Faye). Présentation du bras ; forceps-scie ; ciseaux de Dubois, on extrait l'extrémité pelvienne avec la main, l'extrémité céphalique, avec le céphalotribe. Nul détail sur ce dernier temps. Couches heureuses.

Obs. 184 (Kilian). Syphilis. Vagin rétréci, très-sensible. Céphalotripsie, essais infructueux d'extraction. Perforation ; plusieurs fragments osseux mobiles sont détachés. Essai du crochet aigu. Le lendemain, contre tout espoir, expulsion spontanée. Couches naturelles. Enfant, sans le cerveau, 6 livres.

Obs. 185 (Haake). Perforation. Crânioclaste de Simpson, qui glisse en entraînant une esquille volumineuse. Céphalotribe. On doit enlever un second fragment d'os qui fait saillie, mais l'instrument tient bon et amène un enfant de 2355 grammes. Couches naturelles.

Guéniot. Obs. 17 (De Paul). Céphalotripsie. Sans détails. Elle est insuffisante. Version. Guérison.

Trois femmes sont mortes. Une a été prise de métrite, guérie au douzième jour. Une a conservé une fistule vésico-vaginale. Opération difficile, 3 fois. Insuffisante, 2 fois. Facile, 4 fois. Sans détails, 2 fois.

*b*) ***Forceps-scie.*** — Il a été appliqué :

1) A 45 millimètres, 3 fois.

1 femme a succombé, 2 ont eu des couches régulières.

Dans un des cas, il a fallu, après la section du crâne, recourir à une version des plus difficiles (1).

Dans le second, l'opération a été d'une facilité étonnante (2).

Dans le troisième, le tronc était sorti, et elle ne dura que quelques minutes (3).

2) A 47 millimètres, 1 fois,

Opération facile, prompte et heureuse (Obs. de M. Hyernaux, v. plus loin).

3) A 50 millimètres, 1 fois.

L'extraction présenta quelque difficulté. On ne dit pas positivement que la femme soit guérie (Obs. de M. Hyernaux, v. plus loin).

4) A 54 millimètres, 4 fois.

Deux des femmes ont succombé; les deux autres se sont rétablies.

Chez la première, l'extraction des segments a présenté quelque difficulté (4); chez la seconde elle a été impossible; il a fallu recourir à la

(1) Obs. 30 (VANHUEVEL. V. *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 114 ou t. CCXXXII, p. 274). Travail depuis cinq jours; eaux écoulées depuis quatre. Section de la tête, pour favoriser la dilatation ultérieure du col. Nulle difficulté. Le lendemain, essai d'extraction; la pince n'amène que quelques fragments des os de la voûte. Dans l'après-midi, tenette et crochet mousse employés de nouveau sans succès; tentatives infructueuses de version. Un bras seul est amené avec peine. Ces manœuvres durent plus d'une heure. Le jour suivant, écoulement fétide, fièvre; attente. Le jour d'après, chloroforme; on parvient à un pied qu'on amène, mais l'évolution ne se fait pas. M. Seutin essaie à son tour et termine, non sans peine. Mort au bout de vingt-quatre heures.

(2) V. plus loin, p. 280, l'observation de MM. Carlier et Guillery.

(3) V. plus loin, p. 281, l'observation de M. Hyernaux.

(4) Obs. 1 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 261). Cinquième jour de travail, odeur fétide; application facile du forceps-scie. Le segment postérieur est retiré sans difficulté; l'extraction de l'antérieur tenant au tronc demande plus de peine. On est ensuite obligé d'attacher un cordon autour du cou pour pouvoir attirer le tronc au dehors. Fœtus assez fort et légèrement putréfié. Mort au quatrième jour.

version (1); chez la troisième, l'application de l'instrument et l'extraction ont été difficiles (2); chez la quatrième, il a fallu pratiquer la version (3).

5) A 56 millimètres, 1 fois.

Il se manifesta de la métrite, mais elle céda à un traitement convenable. L'extraction du segment antérieur présenta seule quelque difficulté (4).

6) A 58 millimètres, 1 fois.

Couches naturelles.

(1) Obs. 60 (HYERNAUX. *Presse médicale belge*, 1856, p. 198). Primipare, à terme; entrée le soir, à 8 heures. Le lendemain, le col étant dilaté, on ouvre les membranes à 1 heure de relevée. Le cordon, sans pulsations, se présente à côté de la tête. On applique aussitôt le forceps-scie, mais, la section faite, les tractions restent sans résultat et on enlève l'instrument. La pince à dents de loup, appliquée sur le segment postérieur, amène, à diverses reprises, des portions d'os sans que le reste suive. On va à la recherche du segment antérieur qu'on ne peut pas saisir, parce qu'il est remonté derrière et au-dessus du pubis. On se décide enfin à la version podalique. On n'atteint d'abord qu'un pied et on ne peut l'amener que dans l'excavation, de sorte que l'on est obligé d'aller chercher l'autre. Les tractions faites sur les deux membres amènent alors le tronc, et la tête se dégage sans difficulté. Délivrance naturelle. La matrice étant dure et le vagin chaud, on plonge immédiatement la femme dans un bain tiède et l'on pratique des injections. Après le bain, potion calmante et chambre à part. Le lendemain, état général satisfaisant, mais ventre un peu sensible. Cataplasmes, injections, calmants.

Surlendemain; pouls fréquent, langue blanche, tête pesante. Mêmes moyens. Au quatrième jour, amendement qui va graduellement croissant.

(2) Obs. 124 (HUBERT). M.-Vanderp..., primipare, en travail depuis quatre jours; tête très-élevée. Je ne parviens à placer le forceps-scie qu'à la troisième tentative, et l'instrument n'amène qu'un petit segment du crâne. L'autre bascule et échappe aux pinces à mors. Ce n'est que dix heures plus tard que je parviens, non sans peine, à l'extraire au moyen des pinces. Le thorax et le pelvis lui-même exigent des tractions assez énergiques. Couches naturelles.

(3) Obs. 125 (HUBERT). Même femme, en travail depuis trois jours. Le forceps-scie n'amène encore qu'un segment fort étroit. Version; extraction d'un enfant putride, peu volumineux. Quoique l'opération ait été moins laborieuse que la précédente, une métro-péritonite emporte la malade.

(4) Obs. 21 (VANHUEVEL, t. CCXIX, p. 117, et t. CCXXXII, p. 273). Elisabeth B..., primipare, à terme; refuse l'opération césarienne. Le col étant convenablement préparé, l'application du forceps-scie et la section du crâne se font avec facilité. Le segment postérieur est amené par l'instrument, l'antérieur par le petit crochet mousse, avec un peu plus de lenteur et de peine. Fœtus d'un volume ordinaire.

Il survient de la métrite avec menace de péritonite. Antiphlogistiques et calomel. Convalescence au sixième jour.

Opération facile (1).

7) A 59 millimètres, 2 fois.

L'une des femmes a eu des couches graves (2), l'autre était en pleine convalescence le dixième jour (3).

(1) Mme de W... a présenté tous les signes de la grossesse. A sept mois, les mouvements cessent et le volume du ventre diminue un peu. On croit qu'on s'est trompé et qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire.

Quelques mois plus tard, nouveaux signes de grossesse, qui arrive à terme. Mais au moment de l'accouchement, on trouve une tumeur dure, convexe, occupant l'échancrure sciatique gauche et la concavité du sacrum et ne permettant que le passage de deux doigts entre sa partie la plus saillante et les pubis. Le cordon fait procidence et ne bat plus que très-faiblement lorsque je suis appelé en consultation. Lorsque les pulsations ont cessé, j'applique le forceps-scie sans difficulté, parce qu'il y a de l'espace sur les côtés de la tumeur. La section tombe exactement sur le milieu de la colonne vertébrale, à laquelle les deux segments restent adhérents. Ils s'imbriquent l'un dans l'autre et sont amenés avec l'instrument. L'extraction du tronc exige quelques tractions assez énergiques.

Les couches sont si naturelles, qu'au dix-huitième jour les relevailles et un grand dîner avaient lieu. Mais le lendemain il se manifestait des signes d'inflammation dans le kyste extrà-utérin, celui-ci suppura, s'ouvrit dans le rectum et dans le vagin.

M. Michaux, appelé en consultation, incisa largement la paroi postérieure du vagin et fit l'extraction d'un fœtus, dont le développement indiquait qu'il avait vécu au moins sept mois. Est-il nécessaire de dire que c'est la tête de ce fœtus qui avait obstrué le bassin ?

L'opération sembla d'abord promettre un succès, mais le sujet était fort débile et l'abondance de la suppuration l'emporta juste trois mois après son accouchement.

(2) Obs. 7 (Marinus et Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 268). En ville, on a essayé deux fois d'appliquer le forceps sans y parvenir. La moitié gauche du bassin paraît beaucoup plus développée que la droite. On applique le forceps-scie pour favoriser la dilatation du col ; on l'enlève et on extrait, non sans peine, le segment postérieur comprenant tout le sommet de la tête, l'occiput et les chairs de la nuque. Le fœtus était en position directe, la face tournée en avant. Quant au segment antérieur, placé au-dessus des pubis, on ne put l'abaisser ni par la tenette, ni par le crochet mousse, à cause de son élévation et du resserrement du col utérin ; attente, bains, injections. Frisson violent, odeur de putréfaction, petitesse du pouls, sensibilité du ventre, face grippée. La dilatation du col reste incomplète. On réapplique le forceps-scie, sans la chaîne, et on exerce des tractions fortes et prolongées, qui finissent par surmonter la résistance du col et par amener la tête dans l'excavation, mais qu'il faut continuer encore longtemps pour dégager la figure de dessous le pubis. Un lacs est alors placé sur le cou ; une personne d'abord, puis deux, réunissent leurs forces pour faire descendre les épaules ; ce n'est qu'après être parvenu à glisser un crochet mousse sous une aisselle qu'il est possible, en tirant à la fois sur la tête et sur l'épaule, de vaincre *la résistance de la matrice*. Fœtus assez gros et putréfié. Les couches furent d'abord très-graves ; cependant, au moment où M. Marinus écrivait (quinzième jour), la femme était presque entièrement rétablie.

(3) Obs. 23 (Vanhuevel. *Encyclog.*, t. CCXXXII, p. 273). Cette observation est relatée très-succinctement. Enfant mort, à terme. Application immédiate du forceps scie ; extraction facile du segment postérieur, très-difficile de l'antérieur et du tronc. Sans autres détails. Sortie de la femme au dixième jour.

L'extraction du fœtus a été très-difficile dans les deux cas.

8) A 60 et à 61 millimètres, 11 fois (1).

Une seule femme est morte ; une a été prise de métro-péritonite, une de phlegmasia alba dolens.

Les détails sur l'opération manquent dans 4 cas. La manœuvre a été facile et prompte dans 4 cas ; on a eu recours au crochet 1 fois, à la pince à dents de loup 1 fois, à la version 1 fois.

9) A 62 et à 63 millimètres, 5 fois.

Une seule femme a succombé, mais toutes ont éprouvé des accidents puerpéraux plus ou moins graves.

(1) Obs. 31 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXIV, p. 274). Il est seulement dit que le segment postérieur fut extrait par le forceps scie, l'antérieur par le crochet, et que la guérison fut prompte.

Obs. 40 (VANHUEVEL, t. CCLI, p. 10). Application de l'instrument et section du crâne faciles. Les deux segments, amenés dans l'excavation par le forceps-scie, sont ensuite successivement extraits au moyen de la pince à mors. Enfant d'un volume ordinaire. Couches normales.

Obs. 58 (HYERNAUX. *Presse médicale belge*, 1856, p. 191). Après examen complet, on trouve 61 millimètres (2 p., 3 l.) au diamètre sacro-pubien de Sophie D... (V. obs. 66, p. 182, où ce même diamètre n'a plus que 45 millimètres). L'opération marche très-régulièrement et quelques tractions sur l'instrument amènent les deux segments. Les épaules seules opposent quelque résistance. Couches naturelles.

Obs. 62, 63, 64 (HYERNAUX. *Traité d'accouchements*, 1866, p. 886). La grossesse est gémellaire. Le tronc du premier enfant est sorti, mais l'extraction de la tête ne peut se faire ni avec la main, ni avec le forceps de Dubois. Le forceps scie termine en quelques instants. Le second enfant se présente par la tête, mais le col se referme et la femme s'endort. La nuit, la poche des eaux, qui était restée intacte, se rompt et le cordon tombe. Il est sans pulsations, lorsque le lendemain on applique le forceps-scie. Opération aussi facile que celle de la veille. Couches ordinaires. Dix-sept mois plus tard, même opération, même succès. Il n'est rien dit du volume des enfants.

Obs. 101, 110, 115, 122 (VERRIER. *Parallèle entre le forceps-scie et le céphalotribe*. Paris, 1866, p. 32). Les résultats sont seuls indiqués (101 métro-pér.; 110 mort; 115 couches natur.; 122 phlegm. alb. dol.).

Obs. 127 (HUBERT). Alexandrine Han..., primipare, toute contrefaite, haute de 1m30, a la moitié gauche du bassin beaucoup plus étroite que l'autre. Après trois jours de travail, application difficile et insuffisance du forceps ordinaire. Le forceps-scie s'applique plus difficilement encore, surtout sa branche mâle. Il n'enlève qu'un segment insuffisant. Version relativement facile, mais la tête est arrêtée, et, pour l'extraire, je dois placer un crochet mousse dans le pharynx. Une hémorrhagie des plus graves complique la délivrance, mais il ne survient aucun accident pendant les couches.

Nuls détails sur l'opération dans 4 cas. Manœuvre facile dans l'autre (1).

10) A 65 millimètres, 3 fois.

Une femme morte; une atteinte de fièvre qui cède au quinquina; une de métrite qui guérit.

Le tronc étant sorti, le col apporta quelque difficulté dans l'application de l'instrument chez une d'elles. Les renseignements relatifs à l'opération manquent dans les deux autres cas (2).

11) A 67 millimètres, 19 fois.

A 69 millimètres, 1 fois.

3 femmes mortes. 2 ont des couches très-graves, 2 sont atteintes de métrite, une d'eschares vulvaires. 2 autres ont des accès de fièvre qui cèdent au quinquina, 10 fois les couches sont naturelles.

Les renseignements relatifs à l'opération manquent dans 8 cas.

L'application de l'instrument est indiquée comme difficile, 1 fois.

L'extraction des segments exige la pince à mors, seule, 1 fois; la pince à mors et le forceps de Smellie, 1 fois; la version, 1 fois (3).

(1) Obs. 102, 103, 114 (VERRIER. *Parallèle, etc.*, p. 32). Nuls renseignements sur l'opération. Une femme morte, une atteinte de métrite et de phlegmasia alba dolens, une d'eschares vulvaires.

Obs. 32 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 275, ou t. CCXIX, p. 120). Présentation de l'épaule; version, section et extraction de la tête faciles, quoique le crochet de la scie se casse vers la fin de la section. Deux accès de fièvre; sulfate de quinine; guérison.

Obs. 36 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 275). La dilatation du col n'est complète qu'au bout de quatre jours. Application du forceps-scie; sans détails. Métrite suivie de phlébite utérine, qui guérit lentement, à la suite d'une salivation mercurielle abondante.

(2) Obs. 33 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 275, ou t. CCXIX, p. 121). Diamètre sacro-pubien, 2 p., 5 l. (65 millimètres); diamètres sacro-cotyloïdiens, 2 p. (54 millimètres). Présentation des fesses; crochet mousse dans l'aine postérieure; extraction des bras; forceps-scie sur la tête. La rétraction du col oppose quelque difficulté, mais l'extraction est facile. Tête ordinaire. Accès de fièvre; quinquina. Sortie au dixième jour.

Obs. 106, 107 (VERRIER. *Parallèle, etc.*, p. 32). Nuls renseignements sur l'opération même. Une femme meurt de métro-péritonite; l'autre guérit de sa métrite.

(3) Obs. 2 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 263). Tête enclavée, forceps insuffisant. Section et extraction faciles. Au quatrième jour, fièvre, quinquina. Guérison.

Obs. 12 (VANHUEVEL. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 272). Sixième grossesse à terme. (Pas de renseignements sur les autres accouchements). Forceps ordinaire, tractions inutiles. Version très-difficile et très-douloureuse. La tête étant arrêtée, on a recours au forceps-scie et l'on termine ainsi facilement. Métropéritonite qui enlève la femme au sixième jour. Déchirure au-dessus du col. Intérieur de l'organe noirâtre, ramolli et répandant une odeur très-fétide. Enfant assez volumineux.

Si nous voulons ne considérer que l'opération en elle-même et dans les cas seulement où le bassin n'offrait pas plus de 65 milimètres de diamètre sacro-pubien, nous trouvons que :

Obs. 15 (Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 272). Septième grossesse ; six enfants mort-nés. Ce septième accouchement dure depuis deux jours ; on essaie le forceps d'Uytterhoeven, puis on termine facilement par le forceps-scie. Couches naturelles.

Obs. 27 (Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 274). Opération facile. Couches heureuses.

Obs. 37 (Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCLI, p. 6). Forceps-scie, essayé d'abord comme forceps ordinaire, puis employé comme céphalotome. Le segment postérieur sort avec l'instrument, l'antérieur se dégage sans peine. Les épaules seules présentent quelque résistance. Enfant volumineux, putride. La femme atteinte de métro-péritonite exige sa sortie au dixième jour et on la reconduit en voiture chez elle, où elle est prise de salivation quelques jours après. On ne dit pas si elle est positivement guérie.

Obs. 43 (Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCLI, p. 21). Le col s'ouvre lentement. Essai de dilatation artificielle, saignée, bain, injections, extrait de belladone en onctions ; dilatation des pupilles, délire. Forceps ordinaire, à deux reprises ; tractions infructueuses. Forceps-scie. Pince à dents de loup sur le segment postérieur. Il est resté adhérent à l'antérieur et son extraction se fait non sans quelque peine. Accès de fièvre qui font craindre l'épidémie régnante, mais qui cèdent au sulfate de quinine.

Obs. 44 (Vanhuevel. *Encyclographie*, t. CCLI, p. 23). Premier accouchement très-long, terminé par le forceps. Enfant mort. Deuxième accouchement. Après vingt-quatre heures de travail une hémorrhagie a lieu. Applications froides, rupture artificielle des membranes. Forceps de Dubois insuffisant. Forceps-scie qui enlève toute la calotte du crâne. Extraction de l'enfant (sans détails). Mort au cinquième jour. Au niveau de l'éminence iléo-pectinée droite, la paroi utérine est déchirée, broyée. Phlegmon de la fosse iliaque du même côté. Bassin aplati. Diamètre sacro-pubien, 67 millimètres ; transversal, 148 millimètres.

Obs. 47 (Simon. *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 285). Section du crâne sans grandes douleurs et en moins de dix minutes. Les tractions sur le forceps-scie n'aboutissant pas, on a recours à de fortes pinces qui amènent les deux segments encore adhérents dans l'excavation, puis on termine au moyen du petit forceps de Smellie. Enfant de six livres. Couches normales.

Obs. 50 (Simon. *Encyclographie*, t. CCXXXIII, p. 61). Avortement à six mois. Deuxième grossesse à terme. Utérus fortement incliné en avant ; eaux écoulées depuis la veille. Didot essaie son diatrypteur et échoue, Simon applique le forceps-scie. L'introduction de la seconde branche exige beaucoup de temps et de tâtonnements ; l'articulation est difficile. L'instrument amène le segment postérieur ; de fortes pinces extraient l'antérieur sans difficultés. L'enfant est d'un volume ordinaire. Le bras et le thorax ont été entamés par la scie. Couches naturelles.

Obs. 86 (Wasseige. Voir Verrier. *Du forceps-scie des Belges*, 1863, p. 49). Troisième grossesse à terme. Perforation et céphalotripsie par Simon. Quatrième grossesse à terme. Le forceps-scie est appliqué assez facilement par M. Wasseige, mais il glisse lors des tractions. C'est le segment antérieur qui se trouve détaché. On l'extrait, puis on va à la recherche de l'autre, mais il est remonté, et c'est l'épaule qui se présente. On fait la version. Couches normales.

Obs. 53 (Simon. Voir Verrier. *Du forceps-scie*, 1863, p. 48). Primipare. Bassin de 2 1/2 p. (0m67 ?). Opération facile, prompte et suivie de couches heureuses.

| | Sur 24 cas de céphalotripsie. | Sur 33 cas de section du crâne. |
|---|---|---|
| 1) Les détails manquent . . . . . | 6 fois (1). | 10 fois (I). |
| 2) L'application de l'instrument a été plus ou moins difficile. . . . . | 5 fois (2) 27.77 p. 100. | 4 fois (II) 17.39 p. 100. |
| 3) Il a fallu l'appliquer plus d'une fois. . . | 8 fois (3) 44.44 — | |
| 4) Des tractions énergiques ont été nécessaires . . . . . | 5 fois (4) 27.77 — | 2 fois (IV) 8.69 — |
| 5) On a dû en venir à d'autres moyens. . . | 6 fois (5) 33.33 — | 11 fois (V) 47.82 — |
| En particulier à la version . . . . . | 5 fois 27.77 — | 4 fois 17.39 — |
| 6) L'expulsion a été abandonnée à la nature : | | |
| Involontairement. . . . . | 3 fois (6) 16.66 — | |
| Volontairement . . . . . | 5 fois (7) 27.77 — | |

Il suffirait de jeter un coup d'œil sur ce petit tableau pour être convaincu qu'au point de vue des difficultés et des péripéties que l'opération peut présenter, le forceps-scie mérite la préférence sur le céphalotribe. Mais cette conviction devient surtout intime si l'on veut se donner la peine

Obs. 55 (HYERNAUX. *Presse médicale belge*, 1856, p. 190). Un premier enfant est né spontanément, mais mort, après trois jours de travail. Ce second accouchement dure depuis quarante-huit heures et des gaz fétides se dégagent des parties lorsqu'on applique le forceps ordinaire. Celui-ci ne suffisant pas, on a recours au forceps-scie, qui amène un enfant peu volumineux. La mère est prise d'une métro-péritonite grave, que l'on combat par les antiphlogistiques et les mercuriaux. Salivation. Guérison.

Obs. 85 (VAN DYCK. Voir GUILLERY. *Dissert.*, p. 90). Forceps essayé deux fois sans succès. Section du crâne; tractions insuffisantes. La pince à mors ne parvient qu'avec peine à saisir le segment antérieur et le pubis oppose à son extraction une résistance invincible. La patiente est placée sur les genoux et les coudes et on parvient à opérer l'extraction. Soumise à un régime sévère, la femme se rétablit promptement.

Obs. 90, 92, 93, 94, 96, 118, 120 (VERRIER. *Parallèle, etc.*, p. 32). Les renseignements relatifs au manuel opératoire manquent.

Couches régulières, 3 fois.

Métrite, 2 fois.

Eschares vulvaires, 1 fois.

Métropéritonite mortelle, 1 fois.

(1) Obs. 7, 10, 13, 18 de GUÉNIOT, 105 et 154 de LAUTH.

(2) Obs. 20, 35, 147, 166, 183 (LAUTH).

(3) Obs. 13 (G.), 111, 20, 21, 22, 53, 147, 179.

(4) Obs. 11, 111, 20, 53, 179.

(5) Obs. 111, tenette, crochet, version, 22, version, 35, forceps ordinaire, 147, version, 151, version, 154, version.

(6) Obs. 179, expulsion spontanée, 21 et 183, femmes non délivrées.

(7) Obs. 166, 168, 180, 181, 182, expulsions spontanées.

(I) Obs. 36, 101, 102, 103, 106, 107, 110, 111, 115, 122.

(II) Obs. 33, 121, 125, 127.

(IV) Obs. 7, 121.

(V) Obs. 1, 23, 40, 59, pinces à mors, 21 et 31, crochet mousse, 30 et 60, pinces et version, 125 et 127, version, 7 pinces et forceps.

de lire dans leurs détails les diverses observations que nous avons empruntées aux praticiens les plus célèbres et les plus habiles de notre temps.

Il resterait à faire ici, au même point de vue, le parallèle entre le forceps-scie et le transforateur, mais nous nous y sommes assez longuement étendu (pp. 82 à 104) pour qu'on nous dispense d'y revenir.

Quant à la gravité respective des trois modes de crâniotomie, le lecteur s'en fera une idée par l'inspection du tableau que voici :

## TABLEAU D.

Rapprochons, pour les rendre plus saillants, les résultats des trois opérations, consignés dans les tableaux C, A, B (pp. 75, 117 et 120).

I. En prenant toutes observations indistinctement, nous trouvons :

Pour le céphalotribe : 192 = 60 morts. 37 cas d'acc. puerp. (27 inflamm. 10 fist.) 95 couches naturelles.

Pour la section du crâne : 130 = 29 morts. 34 accidents inflammatoires. 67 couches naturelles.

Pour la transformation : 20 = 3 morts. 2 accidents inflammatoires. 15 couches naturelles.

Ces chiffres nous donnent sur 100

| | Pour le céphalotribe. | Pour le forceps-scie. | Pour le transforateur. |
|---|---|---|---|
| Morts. | 31 25 | 22.30 | 15.00 |
| Accid. puerp. | 19.27 | 26.15 | 10.00 |
| Couches natur. | 49.47 | 51.53 | 75.00 |

II. En ne tenant compte que des cas où les dimensions du bassin sont indiquées, nous trouvons :

Pour la céphalotripsie : 127 = 49 morts. 24 cas d'acc. puerp. (dont 6 fistules). 54 couches naturelles.

Pour la section du crâne : 91 = 21 morts. 27 accidents inflammatoires. 43 couches naturelles.

Pour la transformation : 20 = 3 morts. 2 accidents inflammatoires. 15 couches naturelles.

Ces chiffres nous donnent sur 100

| | Pour le céphalotribe. | Pour le forceps-scie. | Pour le transforateur. |
|---|---|---|---|
| Morts. | 38.58 | 23.07 | 15.00 |
| Accid. puerp. | 18.89 | 29.78 | 10.00 |
| Couches natur. | 42.52 | 47.25 | 75.00 |

III. En ne prenant que les cas où le bassin présentait de 66 à 80 millim. (*vices moyens*), nous trouvons :

Pour la céphalotripsie : 46 = 12 morts. 10 accidents puerpéraux (dont 3 fistules.) 24 couches naturelles.

Pour la section du crâne : 50 = 11 morts. 15 accidents puerpéraux. 24 couches naturelles.

Pour la transformation : 12 = 2 morts. 0 accident puerpéral. 10 couches naturelles.

Ces chiffres nous donnent sur 100

| | Pour le céphalotribe. | Pour le forceps-scie. | Pour le transforateur. |
|---|---|---|---|
| Morts. | 26.08 | 22.00 | 16.66 |
| Accid. puerp. | 21.73 | 30.00 | 00.00 |
| Couches natur. | 52.17 | 48.00 | 83.33 |

IV. En ne considérant que les cas où le bassin ne présentait que 65 millimètres au plus (*vices extrêmes*), nous trouvons :

Pour la céphalotripsie : 24 = 13 morts. 2 cas d'accid. puerp. (dont 1 fistule). 9 couches naturelles.

Pour la section du crâne : 33 = 6 morts. 11 cas d'accidents inflammatoires. 16 couches naturelles.

Pour la transformation : 8 = 1 mort. 2 cas d'accidents inflammatoires. 5 couches naturelles.

Ces chiffres nous donnent sur 100

| | Pour le céphalotribe. | Pour le forceps-scie. | Pour le transforateur. |
|---|---|---|---|
| Morts. | 54.16 | 18.18 | 12.5 |
| Accid. puerp. | 8.33 | 33.33 | 25.00 |
| Couches natur. | 37.51 | 48.48 | 62.5 |

Il est une remarque que nous ne pouvons nous dispenser de faire ici. Si l'on compare le céphalotribe et le forceps-scie sous le rapport des résultats qu'ils ont fournis dans les cas de vices moyens et de vices extrêmes du bassin, on voit qu'*au point de vue de la mortalité,* le forceps-scie présente sur le céphalotribe un avantage de 15.51 pour 100, tandis que, au point de vue des accidents puerpéraux, son infériorité est de 10.89 pour 100 (1).

Cette différence est si extraordinaire qu'on est tenté d'en conclure que les accidents inflammatoires consécutifs à la céphalotripsie n'ont pas toujours été signalés (2).

L'ont-ils toujours été avec l'exactitude désirable, à la suite de l'emploi du forceps-scie? Il est permis d'en douter. En effet, sur les trente-quatre observations de M. Agudio, abstraction faite des sept cas mortels, il est fait mention de métrite, 7 fois ; de métrite avec phlegmatia alba dolens, 2 fois; avec eschares, 1 fois; de métro-péritonite, 3 fois; d'eschares vulvaires, 2 fois ; de phlegmatia alba dolens, 1 fois; ce qui donne 16 cas d'accidents puerpéraux sur 34 ou 47.15 pour 100, tandis que dans notre relevé général nous ne trouvons que 26.05 pour 100, moyenne qui serait bien moins élevée encore si le relevé ne comprenait pas les faits de M. Agudio eux-mêmes.

Il semblerait donc que les accidents inflammatoires consécutifs à la section du crâne n'ont pas toujours été annotés avec le même soin en Belgique qu'en Italie (3).

(1) Et encore n'avons-nous pas porté au passif du forceps-scie, 4 cas d'accès de fièvre guéris par le sulfate de quinine.

(2) Ce reproche ne s'adresse en aucune façon à l'honorable M. Lauth qui a noté un certain nombre d'accidents tellement légers que nous avons cru devoir ne pas en tenir compte.

(3) Parmi les observations de M. Vanhuevel rapportées par M. Marinus (*Encyclographie des sciences médicales*, t. CCXXXII), il en est plusieurs qui se terminent par cette simple phrase : *Guérison prompte ou convalescence complète* et sortie au dixième ou onzième jour, et comme il n'est pas fait mention de maladie, nous avons considéré et annoté ces faits comme suivis d'un succès complet. (Ils sont inscrits comme tels dans notre tableau B.)

De ce nombre sont les obs. 23, 24, 25, 26, 27, 28 (*Encyclographie*, t. CCXXXII, pp. 273, 274). Or, ces six mêmes observations sont publiées, avec plus de détails, dans une brochure de M. A. Feigneaux (Bruxelles, 1849), et là nous voyons que, de ces six femmes, cinq ont éprouvé des accidents puerpéraux qui ont réclamé un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique : sangsues, saignées du bras, cataplasmes, injections, etc.; que la sixième a été menacée de fièvre puerpérale et qu'elle a souffert de douleurs sciatiques pendant quelque temps après son transport à domicile.

Si ces soupçons sont fondés, nous sommes en droit d'en conclure qu'au point de vue des accidents puerpéraux non mortels, les avantages de la transforation sur le broiement et sur la section du crâne, sont plus considérables encore que ceux que nous avons indiqués dans notre tableau sommaire.

La statistique, telle que nous venons de la présenter, donne-t-elle la mesure exacte de la gravité respective des trois méthodes dont nous nous occupons? Non, car elle comprend des cas où l'état de la femme était déjà désespéré lorsque le céphalotribe, le forceps-scie ou le transforateur ont été employés. Il faudrait sans doute écarter les faits de ce genre; mais alors se présenteraient à leur tour ceux dans lesquels la position de la femme, sans être désespérée, est cependant plus ou moins grave, ceux dans lesquels des tentatives d'extraction, au moyen du forceps, par exemple, ont déjà produit des contusions plus ou moins profondes, puis ceux dans lesquels, en l'absence de toute manœuvre, la durée du travail ou des complications diverses ont grandement diminué les chances de succès; enfin, toutes choses égales en apparence, les praticiens savent que certains organismes résistent à tout, tandis que d'autres cèdent au moindre choc. Il est rare, bien rare, que deux cas soient absolument semblables, de sorte que si l'on voulait tenir compte de toutes les nuances, il n'y aurait pour ainsi dire plus de statistique possible. Nous avons donc dû prendre les faits tels qu'ils se présentaient dans leur ensemble, en les classant seulement d'après ce qu'ils avaient de commun, le degré d'étroitesse du canal pelvien (1).

(1) Nous avons également dû opérer sur les chiffres tels qu'ils étaient, tout en sachant fort bien qu'une seule unité peut faire varier considérablement la moyenne tirée d'un petit nombre de faits. Ainsi, quoique 1 : 1 = 100 : 100, si une opération pratiquée une seule fois échoue ou réussit, nous n'avons cependant pas la certitude ni même la probabilité qu'elle échouerait ou réussirait 100 fois sur 100. Supposons qu'elle ait été pratiquée 2 fois, et qu'elle ait réussi 1 fois, c'est 50 pour 100 de succès ; absolument comme si elle avait donné 100 succès sur 200 cas.

Mais qu'un nouveau cas de réussite doive être ajouté, il donnera 2 succès sur 3 ou 66,6 pour 100, dans la première hypothèse et seulement 101 sur 201 ou 50.2 pour 100 dans la seconde.

C'est ce qu'avait fort bien compris un élève présent à l'accouchement qui fait le sujet de notre 15e observation. Cette femme est probablement perdue, quoi que vous fassiez, me disait-il, et c'est compromettre votre instrument que de l'appliquer chez elle. Et effectivement si je ne l'avais pas employé dans ce cas, je n'aurais eu que 2 morts sur 20 ou 10 sur 100 au lieu de 15 sur 100. Mais il est des calculs très-légitimes en mathématiques qui ne le sont pas en pratique.

Nous croyons avoir établi qu'à ce point de vue la transforation soutient avec avantage la comparaison avec le broiement et avec la section du crâne. Si pour l'une et pour l'autre opération, on voulait éliminer les cas où la mort de la femme ne peut raisonnablement être mise sur le compte de l'instrument, nous consentirions très-volontiers à cette manière d'envisager la question, car elle serait, nous le croyons du moins, toute à l'avantage de notre procédé. En effet, elle nous permettrait de démontrer que nous n'aurions vraisemblablement pas perdu une seule femme si la transforation avait toujours pu être pratiquée à temps, avant que la durée excessive du travail ou des manœuvres n'eussent rendu le succès improbable, sinon impossible. Les dimensions relativement considérables du bassin, au moins chez deux des trois sujets que nous avons perdus, la facilité avec laquelle nous les avons délivrés tous les trois, au moyen du transforateur, nous autorisent à tenir ce langage. Rappelons succinctement les faits :

*Obs.* 1, p. 29. Marie X... a perdu ses eaux depuis trois jours ; elle a pris six doses de seigle ergoté et, à trois reprises différentes, elle a été soumise au forceps et à des tractions énergiques et prolongées. Les dernières ont duré, dit-elle, peudant deux heures. A son entrée à l'hospice, elle perd un peu de sang et dit en avoir perdu beaucoup. Elle est pâle, abattue ; elle a la peau froide, le pouls petit, très-fréquent, l'œil hagard et comme voilé. Elle vomit tout ce qu'elle prend pour éteindre une soif ardente. Le ventre est sensible à la moindre pression. Les organes génitaux externes sont gonflés, bleuâtres ; le vagin étroit, sec, chaud, douloureux, le col utérin déchiqueté, déchiré en plus d'un endroit. Tel est l'état de la patiente, au moment où nous sommes appelés à lui donner des soins.

*Obs.* 2, p. 32. Chez cette femme de la campagne, les eaux s'écoulent dès les premières douleurs et le travail dure depuis sept jours, quand on peut appliquer le forceps et amener, non sans faire des efforts considérables, un premier enfant chétif et putride. Les douleurs sont suspendues depuis neuf heures et l'utérus se trouve dans un état de resserrement spasmodique, quand je fais la transforation du crâne et l'extraction d'un second fœtus.

La petitesse et la fréquence du pouls, l'épuisement des forces produit

par un travail aussi long et par une double opération, l'absence de contractions utérines ne permettent pas d'opérer une délivrance immédiate. L'un des arrière-faix n'est expulsé que le quatrième jour, l'autre, le onzième.

Qui pourrait s'étonner que, dans ces deux cas, il soit survenu de la métrite, de la phlébite et des phénomènes de résorption?

Qui pourrait imputer ces accidents à la transforation, surtout s'il considère que l'opération a été facile et que l'extraction s'est faite sans violence aucune?

*Obs.* 15, p. 74. Ici, trompé par l'étendue, au moins apparente, du diamètre sacro-pubien (1), et par la considération que le premier enfant était peu volumineux, nous appliquons le forceps et pendant une heure nous exerçons des tractions *au moment des douleurs.* Ne croyant pas devoir aller plus loin et l'enfant continuant de vivre, nous attendons de minuit à 8 heures du matin. Nous ne pensions pas avoir dépassé les bornes de la prudence; car, dans son premier accouchement, cette femme avait supporté, presque impunément, plusieurs applications de forceps et des tractions autrement fortes et autrement prolongées que celles auxquelles nous nous étions livré; et cependant à notre visite du matin, nous la trouvons dans l'état le plus grave. Ses mains et ses lèvres offrent une teinte bleuâtre, la peau est froide, la respiration anxieuse, le pouls fréquent, petit, misérable. Nous opérons la transforation du crâne. Elle a lieu sans tâtonnements, sans douleur, et la tête, réduite à 4 centimètres dans son plus grand diamètre transversal, s'extrait sans difficulté. A l'autopsie, l'utérus n'est nullement blessé et s'il présente des traces de contusion, c'est précisément là où le forceps a dû agir avec le plus de force et où le transforateur, au contraire, n'a pu porter son action.

Les circonstances de l'opération ont été telles que si nos principes nous avaient permis d'agir comme le font les partisans du fœticide, c'est-à-dire de porter d'emblée l'instrument meurtrier sur l'enfant, la femme eût très-probablement survécu. Nous croyons donc fermement que nous n'aurions

(1) Il mesurait 76 millimètres, mais au lieu d'être le plus court, il était le plus long du détroit supérieur. Il était d'ailleurs notablement raccourci par l'espèce de bec de cane que formaient les pubis.

pas eu un seul décès à déplorer si, dans les trois cas que nous venons de rappeler, la sphénotrésie avait pu être légitimement pratiquée sans autre tentative de délivrance (1). Une des dix-sept femmes survivantes a eu un abcès qui s'est ouvert dans le vagin, mais, nous l'avons dit déjà, nous opérions avec un instrument très-défectueux et nous avons passé par des tâtonnements que nous saurions éviter aujourd'hui. Une autre a été prise de métro-ovarite, mais l'accouchement a été terminé par le forceps-scie et rien ne prouve que les accidents inflammatoires, que nous avons cependant portés au passif du transforateur, doivent réellement lui être attribués. Les quinze autres femmes ont eu les couches les plus normales, bien que chez plusieurs d'entre elles le vice du bassin fût très-considérable et que chez une il eût fallu débrider le col de la matrice pour extraire l'enfant.

Si ces faits ne sont pas assez nombreux pour prouver absolument l'innocuité du procédé, ils ont cependant une signification qu'il nous semble difficile de leur refuser.

### LIMITES D'EMPLOI DU CÉPHALOTRIBE, DU FORCEPS-SCIE ET DU TRANSFORATEUR.

Disons d'abord que ni pour l'un ni pour l'autre il n'existe de *limite supérieure*, attendu que, même dans un bassin normal, le volume excessif du fœtus ou une position mento-postérieure que ni la nature ni l'art ne parviennent à convertir en antérieure, peuvent réclamer la crâniotomie.

Il est bien difficile de déterminer et il est presque impossible de préciser la *limite inférieure*. « D'ailleurs, comme le dit fort bien M. Guéniot (2), l'état de vie ou de mort du fœtus constitue un élément essentiel et absolu pour les uns, relatif et de moindre importance pour les autres, lequel introduit des variations considérables dans la pratique des divers

(1) Nous savons très-bien l'argument qu'on peut tirer de ces faits au point de vue du fœticide médical. Si nous n'y répondons pas, c'est que *non est hic locus*. Nous voulons seulement faire remarquer ici que, tout favorables qu'ils sont, les résultats de la transforation le seraient infiniment davantage si, ne tenant aucun compte de la vie de l'enfant, nous pouvions, comme MM. Vanhuevel, Hyernaux, Pajot, etc., n'envisager que l'intérêt de la mère et choisir toujours notre moment pour opérer.

(2) *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne*. Paris, 1866, p. 75.

chirurgiens. Pour les premiers, lorsque l'enfant est vivant, l'opération césarienne est encore indiquée alors que le rétrécissement est beaucoup moins prononcé. Pour les seconds, au contraire, la vie du fœtus étant jugée inférieure à celle de la mère, ils préfèrent recourir à l'embryotomie toutes les fois que le bassin permet de pratiquer cette opération sans de trop graves dangers.

« Parmi les partisans de cette dernière opinion, il en est toutefois qui établissent des distinctions importantes. »

Nous ne nous arrêterons pas à ces distinctions ni à la question du fœticide médical qui les domine toutes. Nous ne voulons rechercher ici que la limite extrême à laquelle le rétrécissement du bassin peut descendre sans rendre la céphalotomie aussi grave que l'opération césarienne elle-même.

1. CÉPHALOTRIBE. — Dans un premier mémoire adressé à l'Académie des sciences, en 1829, Baudelocque, neveu, annonçait qu'au moyen d'un nouvel instrument de son invention il pouvait réduire la tête à un noyau d'un pouce (27 millimètres) et lui faire traverser un bassin dont le diamètre sacro-pubien aurait seulement 2 pouces (54 millimètres) et peut-être même 20 l. (45 millimètres) d'étendue.

Dans une nouvelle brochure publiée en 1836, on retrouve les mêmes opinions appuyées sur dix observations, dont huit appartiennent à l'auteur et les deux autres à MM. Velpeau et Barbette. On y affirme de nouveau que le céphalotribe peut réduire la tête à un noyau d'un pouce (27 millimètres) ou à 21 l. (47 millimètres) en comprenant l'épaisseur des deux cuillers.

Enfin, dans un dernier mémoire présenté à l'Académie de médecine, en 1843, Baudelocque donne un relevé de seize opérations qu'il a faites et pose comme limite à la céphalotripsie 55 millimètres (1).

Cette limite de 54-55 millimètres fut dès lors admise par la plupart des praticiens. Quelques-uns cependant la trouvèrent trop élevée, d'autres, au contraire, trop basse.

« Au-dessous de 54 millimètres, dit M. Velpeau, je doute qu'on puisse attendre rien de bon du céphalotribe et que son emploi soit réellement

(1) LAUTH. *Ouvrage cité*, pp. 25, 26. HERSENT. *Encyclographie*, t. CLXXV, p. 62.

moins dangereux que la gastro-hystérotomie ou que l'embryotomie proprement dite (1). »

Busch (1838) admet aussi comme limite extrême, pour le diamètre antéro-postérieur, 54 millimètres, en supposant toutefois que le bassin ne soit pas trop asymétrique. Dans le cas d'ostéomalaxie, par exemple, cette limite lui paraîtrait trop reculée, l'une des cuillers ne pouvant que difficilement s'introduire dans le côté le plus rétréci (2).

Dans une séance de la *Société d'accouchements de Berlin,* tenue en 1846, on s'occupa de la limite d'atrésie pelvienne au delà de laquelle le céphalotribe n'est plus indiqué. La plupart des membres voulurent la fixer à 54 millimètres, bien que Credé et quelques autres, se basant sur la difficulté d'évaluer les dimensions du bassin et le volume du fœtus, proposassent d'avoir recours à l'instrument *tant qu'il pourrait passer* (3).

Sans se prononcer catégoriquement sur la question, Chailly dit qu'à 67 millimètres, à 60 millimètres, à 54 millimètres même, il a extrait des fœtus broyés sans porter atteinte à la santé des mères (4).

Pour Kiwisch, la limite inférieure ne peut être déterminée à l'avance, puisqu'elle dépend du volume du fœtus aussi bien que des dimensions pelviennes ; on peut seulement dire que si le fœtus n'est pas trop volumineux, il traversera le détroit supérieur d'un bassin qui n'aurait que 5 centimètres, et que les conditions les plus avantageuses correspondent à un rétrécissement de 6 à 8 centimètres (5).

Cazeaux descend à peu près jusqu'à la même limite que Kiwisch. « L'expérience a démontré, dit-il, que le céphalotribe rend de véritables services toutes les fois que le plus petit diamètre du bassin offre un peu plus de 5 centimètres ; mais au delà, il ne peut plus réduire assez les diamètres de la tête pour lui permettre de franchir le rétrécissement. L'opé-

(1) Velpeau. *Traité d'accouchements*. Bruxelles, 1835, p. 475.

(2) Lauth. *Ouvrage cité*, p. 21.

(3) Lauth. *Ouvrage cité*, p. 37.

(4) *Traité d'accouchements*. Paris, 1863, p. 703.

(5) Lauth. *Ouvrage cité*, p. 43.

ration césarienne nous paraît la seule ressource quand le rétrécissement a moins de 50 millimètres (1). »

Tandis que certains accoucheurs étendent ainsi le domaine de la céphalotripsie jusqu'à 5 centimètres, Hüter, dans une monographie fort remarquable (1848), arrive à cette conclusion que quand la femme est à terme et que le rétrécissement est directement antéro-postérieur, la limite de l'opération doit être fixée à 60 millimètres (2).

Après avoir signalé les avantages de la perforation préalable, M. Jacquemier ajoute : « Je ne crois pas exagérer les dangers et les difficultés inhérents au céphalotribe, en disant qu'on est exposé, malgré l'évacuation de la matière cérébrale, à rencontrer un assez grand nombre de cas où il sera impossible, soit de placer l'instrument, soit de le faire agir d'une manière efficace sans employer une violence extraordinaire, quoique le petit diamètre ait plus de 54 millimètres (3).

Kilian, Hohl, Scanzoni et Hersent mettent pour condition que le diamètre sacro-pubien ne soit pas inférieur à 67 millimètres (4).

Enfin, Grenzer, E. De Siebold, Moreau, Stein, le jeune, et Rossirht vont jusqu'à affirmer que la perforation du crâne est encore préférable à la céphalotripsie (5).

C'est aller beaucoup trop loin, car si ces deux opérations peuvent être mises en parallèle quand le bassin ne descend pas au-dessous de 75 millimètres, il n'en est certainement plus de même lorsque la base du crâne est plus large que le diamètre sacro-pubien.

Parmi ces diverses appréciations, laquelle faut-il adopter?

Nous ne pouvons mieux faire que d'invoquer ici l'opinion de P. Dubois, l'un des plus éminents accoucheurs de nos temps et celui qui a peut-être appliqué le céphalotribe le plus grand nombre de fois.

(1) *Traité d'accouchements*, 6e édit., 1862, p. 900.

(2) LAUTH, *Ouvrage cité*, p. 29.

(3) *Traité d'accouchements*, t. II, p. 435.

(4) LAUTH. Pages 22, 49, 132. V. aussi, pour l'important mémoire de M. Hersent, l'*Encyclographie*, tt. CLXXV et CLXXVI.

(5) LAUTH. Pages 22, 23. Comme on le voit, nous continuons à citer M. Lauth, mais il est aujourd'hui impossible de s'occuper de la céphaloptrisie, sans faire de nombreux emprunts à son savant mémoire.

Voici comment elle est formulée par un de ses élèves les plus distingués (1). « Toutes les fois que le bassin n'a que 54 millimètres ou au-dessous, dans le diamètre sacro-pubien, l'extraction de l'enfant à travers les voies naturelles lui paraît impossible ou tellement dangereuse qu'il regarde l'opération césarienne comme une ressource moins désespérée. Il a trouvé qu'à 60 millimètres, 67 millimètres, et souvent même au-dessus, l'introduction de l'instrument a toujours été difficile; que plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant de pouvoir saisir convenablement la tête, et que l'*extraction exige des efforts souvent très-dangereux.*

Le temps et un surcroît d'expérience n'avaient pas modifié cette manière de voir, car, neuf ans plus tard, la *Gazette des Hôpitaux* publiait une observation de gastro-hystérotomie pratiquée *à la clinique* sur une femme dont le bassin était évalué à 60 millimètres (2). Après avoir exposé les raisons qui lui font généralement préférer la céphalotripsie à l'opération césarienne, même quand l'enfant vit, M. P. Dubois ajoute : « Ici le choix n'était pas possible, le rétrécissement du bassin étant tel que les manœuvres du broiement et de l'extraction de la tête auraient été rendues impossibles. Il nous fallait donc ici forcément et malgré la presque certitude de voir succomber la mère, recourir à la seule voie qui pût, sur les deux êtres, nous donner la chance d'en sauver un. »

Ajoutons que P. Dubois suivait la méthode de Baudelocque, qui consiste, comme on le sait, à appliquer le forceps céphalotribe sur les côtés du bassin, à écraser la tête et à reporter son diamètre réduit vers le plus petit du canal, avant de tenter l'extraction.

Ce procédé opératoire a subi depuis des modifications importantes qui ont étendu le champ de la céphalotripsie et qui méritent, par conséquent, de fixer l'attention du praticien.

*Broiements répétés.* — On voit, dans la thèse de Curchod que, dès 1841, le docteur Ebert appliquait successivement le céphalotribe dans les deux

(1) Jacquemier. *Traité d'accouchements.* Paris, 1846, t. II, p. 432.

(2) V. *Gazette des hôpitaux*, 1855, pp. 53, 58. Cette évaluation était erronée, car l'autopsie démontra que le diamètre bis-iliaque était de 12 centimètres, les deux obliques, de 11 centimètres, et l'antéro-postérieur de 54 millimètres seulement. Mais le raisonnement et le parti pris par M. Dubois n'en reposaient pas moins sur l'hypothèse d'un bassin de 60 millimètres.

diamètres obliques du bassin et qu'il insistait sur cette manière d'agir. On y lit aussi qu'après avoir broyé la tête et l'avoir reportée dans la direction qui lui paraissait la plus favorable, Langeinrich, rencontrant des difficultés pour l'extraire, enleva l'instrument et le replaça sur les côtés du bassin (1).

Trefurt (1844) faisait remarquer que l'application répétée du céphalotribe remédie à l'allongement des diamètres du crâne, et Chailly (1850) la recommandait dans le même but (2).

Comme Ebert, Kiwisch conseille d'appliquer les branches dans l'un des diamètres obliques du bassin et après avoir comprimé la tête de les reporter vers l'antéro-postérieur, pour opérer l'extraction. Si cette manœuvre ne réussissait pas, on retirerait l'instrument pour le réappliquer sur le diamètre opposé du crâne à celui qui a été saisi la première fois (3).

Credé, Martin et Spöndli répètent aussi le broiement lorsqu'il en est besoin (4).

Il suffit ordinairement, dit Scanzoni, de comprimer une seule fois lorsque le céphalotribe a été appliqué suivant le diamètre transverse de la tête. Quand le bassin est très-étroit et la tête très-dure, il vaut mieux répéter plusieurs fois la compression. Après avoir appliqué l'instrument suivant le diamètre oblique du côté droit, par exemple, on l'applique ensuite suivant le diamètre oblique du côté gauche (5).

**2.** ATTENTE APRÈS CÉPHALOTRIPSIE. — « Comme Wigand et Boër, après la simple perforation, Kilian a proposé, après le broiement du crâne, d'abandonner la réduction plus complète du fœtus et son expulsion aux contractions utérines et au ramollissement putride. L'avantage qu'il espérait retirer de cette expectation est une ductilité et une mollesse plus grande des parties fœtales. Il croyait qu'en surveillant attentivement le travail de

(1) LAUTH. Ouvrage cité, obs. 33 et 35. En 1844, Hüter conseillait de placer, au besoin, le céphalotribe dans des directions différentes, mais seulement dans les présentations du tronc (LAUTH, p. 30).

(2) LAUTH, pp. 34, 47 et obs. 55.

(3) *Ibid.*, p. 44 et obs. 95.

(4) *Ibid.*, obs. 71, 107, 108, 110, 111, 157.

(5) *Précis de l'art des accouchements*, traduit par le docteur P. Picard. Paris, 1839, p. 365. — V. aussi LAUTH, *loc. cit.*, p. 49.

décomposition et en répétant avec soin les injections intra-utérines, on n'avait pas à craindre d'accidents de résorption. Il faisait d'ailleurs une réserve pour les cas où la délivrance est urgente : l'extraction est alors commandée; hors ces cas on peut s'en abstenir. Mais les trois observations sur lesquelles il s'appuyait ne sont pas de nature à encourager les accoucheurs : une fois seulement la femme guérit, une fois elle succomba, une fois elle conserva une fistule vésico-vaginale (1). »

Sans tenir compte ici des faits où M. Pajot, après des broiements plus ou moins nombreux, abandonne *volontairement* l'expulsion du fœtus aux efforts de l'organisme, si nous consultons le mémoire de M. Lauth, nous voyons que sur 17 cas où, après une première séance de céphalotripsie, on s'est trouvé *forcé* d'attendre, 3 fois seulement l'expulsion s'est effectuée spontanément et contre tout espoir (2), 2 fois la femme a succombé sans être délivrée (3), 12 fois il a fallu en revenir au céphalotribe ou recourir à d'autres moyens (4).

*Méthode de M. Pajot. — Céphalotripsie répétée sans tractions.* — Comme nous venons de le voir, l'idée de réappliquer immédiatement le céphalotribe lorsque, après un premier broiement, l'extraction de la tête ne peut se faire ou qu'elle exige trop d'efforts, n'est pas précisément neuve et l'on peut dire que depuis 1842 elle est presque généralement adoptée en Allemagne. Quant au conseil d'attendre que la tête écrasée par l'instrument se décompose ou se moule dans la filière pelvienne et soit expulsée par les seuls efforts de la nature, il n'a trouvé d'écho ni en Allemagne ni ailleurs.

« Or, après avoir broyé la tête, renoncer à l'extraire, parce que des tractions plus ou moins fortes sont impuissantes, et recommencer *deux* ou *trois* fois la même manœuvre, jusqu'au succès ou jusqu'à l'insuffisance bien constatée,

« Ou, broyer la tête plusieurs fois, retirer l'instrument sans avoir fait

(1) V. LAUTH, p. 42.

(2) LAUTH, obs. 178, 179, 184.

(3) *Ibid.*, obs. 16 et 21. Il faudrait peut-être y ajouter l'obs. 183, où la femme est aussi morte sans être accouchée.

(4) *Ibid.*, obs. I, III, V, 20, 22, 29, 39, 56, 147, 164, 166, 167.

une seule traction, et abandonner l'expulsion à la nature pendant quelques heures, pour recommencer la même opération, sont deux méthodes essentiellement différentes (1), » et, il faut le reconnaître en toute justice, la dernière est réellement neuve.

Voici comment son auteur, M. Pajot, la formule (2) :

« Au-dessous de 6 1/2 centimètres et jusqu'à 27 millimètres et non pas jusqu'à 5 centimètres, comme on me l'a fait dire par erreur, car ma dernière limite est celle à laquelle le céphalotribe ne peut plus être introduit, je conseille de commencer dès que l'orifice est assez dilaté pour permettre le passage de l'instrument, ou même de pratiquer la perforation du crâne avant la dilatation complète, et pour la faciliter, car tous les accoucheurs savent combien la dilatation est souvent lente dans les rétrécissements excessifs. Cette pratique, qui consiste à perforer le crâne, pour hâter la dilatation et qui appartient à M. P. Dubois, me paraît excellente au point de vue de ma méthode, parce qu'elle permet souvent de commencer, plus tôt qu'on n'eût pu le faire, la première céphalotripsie, ce qui n'est pas sans utilité, comme on le verra bientôt.

La première application du céphalotribe sera faite le plus tôt possible et avec toutes les précautions nécessaires, non-seulement parce que l'étroitesse extrême du bassin la rend difficile, mais encore parce que c'est d'elle que dépend souvent le succès de l'opération tout entière.

Est-il nécessaire de dire que je soumets les femmes au chloroforme dans cette première application comme dans toutes les autres?

Le premier broiement ainsi fait, la tête ayant été bien saisie, je tente, en y mettant beaucoup de prudence, un mouvement de rotation avec l'instrument, mouvement destiné à placer les dimensions diminuées de la tête dans le sens rétréci du bassin; je tâtonne avec douceur pour exécuter ce mouvement, soit à droite, soit à gauche, selon que j'y trouve plus de facilité, et si des deux côtés j'observe quelque résistance, je m'abstiens complétement de la rotation. J'y insistais davantage autrefois; l'expérience m'a appris que la matrice parvient à peu près toujours, et quelquefois en peu

(1) PAJOT. *De la céphalotripsie répétée sans tractions*. Paris, 1863, p. 10.

(2) PAJOT. Ouvrage cité, p. 7.

de temps à mouler la nouvelle forme donnée à la tête par le broiement sur la forme du canal, en imprimant à cette tête la rotation trouvée difficile avec l'instrument.

La tête écrasée autant qu'elle peut l'être, je desserre l'instrument, le désarticule et je le retire doucement, *sans avoir exercé aucune traction,* et je procède immédiatement à un deuxième et, selon les cas, à un troisième broiement *sans traction aucune;* puis je fais remettre la femme dans son lit en lui prescrivant du bouillon coupé pour toute tisane.

Selon l'état du pouls de la malade, selon son aspect général, selon le calme ou l'agitation qu'elle présente, selon la faiblesse ou l'énergie des contractions utérines, je répète ainsi toutes les *deux, trois* ou *quatre* heures les broiements multiples, au nombre de *deux ou trois* pour chaque séance, et l'on pourra voir aux observations que, dans les cas où j'ai été appelé suffisamment à temps, je n'ai point encore dépassé *quatre séances,* et que *une* ou *deux* m'ont parfois suffi.

La tête ainsi broyée un grand nombre de fois, le tronc présente ordinairement des difficultés qu'un ou deux broiements suffisent à vaincre en général.

Telle est la méthode à laquelle j'ai donné le nom de *céphalotripsie répétée sans tractions* (1).

Il est évident qu'en soumettant ainsi la tête à 5, 8, 10, 12 broiements successifs, on peut la réduire en une sorte de chiffon ou de boudin qui, sous l'influence de contractions utérines même très-modérées, pourra parcourir un canal fort étroit. Ce manuel opératoire élargit donc positivement le champ de la céphalotripsie. Mais est-il à la portée de la généralité des accoucheurs, du moins dans les cas de vice extrême du bassin (27 à 65 millimètres) pour lesquels il est particulièrement proposé? Nous en doutons.

La perforation du crâne est, *en général,* facile et peu dangereuse, mais les conditions changent lorsqu'il faut la pratiquer à travers un col peu dilaté et sur une tête tout à fait mobile au-dessus d'un bassin d'une étroitesse extrême. Il y a là, ce nous semble, une première difficulté. Supposons-

(1) Pajot. *Loc. cit.*, pp. 8, 10.

la heureusement surmontée, la tête perforée et encore mobile ne peut-elle pas subir un mouvement de flexion, d'extension ou d'inclinaison latérale qui reporte les bords de la perforation vers l'une ou l'autre paroi du col imparfaitement dilaté, et dans cette éventualité l'attente est-elle absolument exempte de danger?

Il faut ensuite pratiquer le premier broiement et, d'après M. Pajot, le *pratiquer le plus tot possible.*

Or, dit M. Pajot lui-même, « avec la méthode de céphalotripsie actuelle, appliquée indistinctement à tous les rétrécissements pelviens au-dessous de 6 1/2 centimètres, *les difficultés* et les dangers sont réels. *L'impossibilité où l'on est alors d'atteindre la base du crâne avec l'instrument,* la disproportion entre le passage et la partie irréductible de la tête, les excessives tractions nécessaires, et trop souvent infructueuses, pour engager le fœtus à terme dans un pareil rétrécissement, les pressions, les attritions, les déchirures et la mort immédiate ou éloignée, qui en sont trop souvent la suite, toutes ces conséquences appréciées et reconnues vraies par les hommes qui ont pratiqué souvent la céphalotripsie dans ces conditions, feront comprendre comment on a pu, non sans quelque raison, établir un rapprochement entre la céphalotripsie et l'opération césarienne.

Mais, qu'on me permette de le dire avec une entière conviction, si toutes ces considérations sont vraies avec la méthode actuelle, elles ne le sont plus avec celle que je propose (1). »

Nous reconnaissons très-volontiers que la nouvelle méthode fait disparaître les difficultés et les dangers que présentait *l'extraction* de la tête. Mais nous ne comprenons pas qu'elle diminue la *difficulté* (M. Pajot dit *l'impossibilité*) *d'atteindre la base du crâne avec l'instrument.* Cette difficulté nous paraît, au contraire, devoir être accrue ici parce qu'on opère dans un bassin excessivement étroit, souvent très-asymétrique, sur une tête très-élevée, encore très-mobile, et à travers un col de matrice incomplétement dilaté, du moins lors des premières applications. A cette difficulté peut s'en joindre une autre que M. P. Dubois (2) et M. Pajot (3)

(1) PAJOT. *Loc. cit.*, p. 7.
(2) LAUTH, obs. 14, 22.
(3) *Ibid.*, obs. 166, 167.

lui-même ont rencontrée et qui résulte de ce que le mors des cuillers heurte parfois contre le pourtour de la perforation ou qu'il tend à s'engager soit dans la cavité crânienne, soit entre les os et le cuir chevelu décollé (1).

Si nous relisons les observations de M. Lauth, nous voyons qu'à 67 *millimètres*, M. P. Dubois éprouve d'*assez grandes difficultés* (obs. 15) et de *grandes difficultés* (obs. 17) pour faire une première application du céphalotribe. Quoique la tête soit bien maintenue par un aide, elle glisse au devant des cuillers (obs. 13); elle fait la même chose au moment où l'on serre la vis (obs. 14), bien que dans les deux cas le rétrécissement ne descende pas au-dessous de 7 centimètres.

Si ces difficultés ont pu se rencontrer lorsque le vice du bassin n'était pas extrême (67 *à* 70 *millimètres*) et lorsque l'instrument était tenu par un homme aussi expérimenté et aussi habile que M. Dubois, que sera-ce quand le céphalotribe devra être porté par un praticien ordinaire dans un canal de 27 à 65 millimètres et avant la dilatation complète du col de la matrice?

Mais supposons que la tête soit saisie une première fois. Il se peut que les cuillers n'embrassent qu'un petit segment ou qu'elles ne s'étendent pas jusqu'à la base du crâne; l'écrasement va produire des reliefs, peut-être dénuder le pourtour de la perforation, la faire dévier, en faire saillir les bords, et comme la tête conserve toujours la même élévation, le col la même étroitesse; comme les cuillers tendent à se replacer dans les sillons qu'elles ont tracés, la seconde application sera plus difficile encore que la première. C'est ce que M. Pajot lui-même reconnaît quand il dit que « *de*

(1) Cette cause de difficulté peut augmenter le danger que nous signalions tantôt. En effet, s'il n'est pas manié par une main sûre et prudente, l'instrument heurtant contre la perforation peut la déplacer, et ses bords osseux, saillants, déviés du centre, exposent alors à la lésion des parois utérines ou vaginales. M. Feron, de Lille, ayant pratiqué la céphalotripsie répétée sans tractions, suivant le procédé du professeur Pajot, et la femme étant morte trois jours après, l'autopsie montra des déchirures transversales du vagin, de 4 à 5 centimètres d'étendue et paraissant produites par des esquilles (GARNIER. *Dictionnaire annuel*. Paris, 1865, p. 148).

C'est l'existence de ces esquilles que M. Pajot redoute, puisque tout en recommandant soigneusement de ne pas tirer sur la tête, il exerce, au besoin, des tractions très-énergiques sur le tronc.

Le danger résultant de l'existence des saillies osseuses est sans doute moindre, mais il subsiste cependant, comme on le voit, lorsque l'*expulsion* du crâne est complétement abandonnée à la nature.

*la première céphalotripsie dépend souvent le succès de l'opération tout entière.* »

Invoquons encore les faits. Dans la vingt-deuxième observation de M. Lauth, le bassin a 62 millimètres; la première application est facile, la seconde est *plus difficile.* 2me *séance :* trois applications *difficiles.* 3me *séance :* deux nouvelles applications si difficiles que M. Dubois y renonce et pratique la version.

Dans la quatorzième observation, M. Dubois pratique la perforation et attend que le col soit plus dilaté. Il applique alors le céphalotribe et saisit la tête qui glisse au devant des cuillers lorsqu'on opère le broiement. On la fait mieux fixer pour une seconde application de l'instrument; mais son élévation, la dilatation incomplète du col, les douleurs vives et fréquentes qui appliquent fortement la tête contre le détroit et surtout contre le promontoire, une partie du cuir chevelu qui pourrait être prise pour une partie du col rendent cette seconde application difficile, quoique le bassin présente 70 millimètres. Dans l'observation 167, où le diamètre sacro-pubien mesure 82 millimètres, les quatrième, cinquième et sixième applications, faites par M. Pajot lui-même, sont rendues difficiles par la pénétration des cuillers dans les plis du cuir chevelu et la cavité crânienne. On doit en venir à la version.

Même pour les praticiens consommés, peut-on espérer que la méthode de M. Pajot tienne tout ce que son auteur nous en promet? Qu'elle permette, par exemple, de délivrer une femme dont le bassin ne présente que 4 centimètres, 3 centimètres et même 27 millimètres, sans lui faire courir autant de dangers que l'opération césarienne? Ici encore nous doutons.

Et d'abord, parmi les observations de M. Pajot, il n'en est qu'une où le bassin présentât moins de 5 centimètres, et la femme est morte sans être délivrée (1). Si ce fait prouve que le céphalotribe peut, à la rigueur, se

(1) Lauth, obs. 183, ou mémoire de Pajot, p. 22. Diamètre sacro-pubien, 36 millimètres. De la partie gauche du promontoire au milieu de la branche horizontale du pubis gauche, 40 millimètres; idem à droite, 33 millimètres. Diamètre coccy-pubien, 10 centimètres. Dans une première séance, M. Cusco avait fait quatre applications de céphalotribe. La première branche avait été introduite sans trop de difficultés, mais la seconde — la droite — avec une grande peine, parce qu'elle ne

placer quelquefois dans un bassin de 36 millimètres, il ne prouve donc en aucune façon qu'à cette limite, pourtant bien supérieure encore à la dernière limite (27 millimètres) posée par M. Pajot, la céphalotripsie soit moins grave, même pour la mère, que la gastro-hystérotomie, qui, pratiquée à temps laissait ici toute chance de sauver au moins l'enfant, puisque les battements du cœur se percevaient distinctement lors du premier broiement.

L'introduction des branches a été difficile, même pour M. Pajot; l'autopsie a montré qu'il existait deux déchirures de la matrice et que la face, la partie la plus importante de la base du crâne, puisqu'elle correspond au sphénoïde, n'était pas broyée.

Des six autres faits rapportés par M. Pajot, le premier (1) n'appartient pas à sa méthode, puisque des tractions énergiques ont été exercées et qu'on n'y renonça qu'après avoir constaté leur insuffisance et avec la pensée de revenir bientôt à de nouvelles tentatives.

Dans les cinq autres cas, le bassin présentait 6 centimètres, 3 fois; un peu plus de 5 centimètres (5 1/2 centimètres, d'après Lauth), 1 fois; 5 centimètres, 1 fois.

Dans une des observations *à 6 centimètres* (2), trois broiements opérés dans la même séance, permettent d'amener immédiatement et facilement la tête. Il n'est rien dit du volume de l'enfant. Quant à la mère, elle eut pendant quelque temps une incontinence d'urine.

Dans la seconde observation *à 6 centimètres,* après trois broiements

passait le détroit qu'inclinée sur ses bords. On avait essayé quelques tractions, mais l'instrument avait glissé aussitôt et on n'y avait plus songé. Cette première séance avait duré 1 1/2 à 2 heures.

Le lendemain, deux applications sans tractions; durée, une heure.

M. Pajot est appelé. Il constate que la base du crâne n'est pas broyée et applique deux fois le céphalotribe, dont la seconde branche est difficile à placer; elle est arrêtée par un obstacle et ne peut remonter bien haut au-dessus du détroit. Durée de cette troisième séance : une heure.

Six heures plus tard, deux nouvelles applications. La femme meurt onze heures après, sans être délivrée.

A l'autopsie, on constate que les deux tiers environ de la tête ont passé le détroit, la base étant parfaitement broyée, mais *non la face.*

L'utérus présente deux déchirures, en bas et à droite; l'inférieure à 7 ou 8 centimètres de diamètre, l'autre, située un peu au-dessus, est large comme une pièce de 2 francs.

(1) PAJOT. Mémoire cité, p. 13, ou LAUTH, obs. 179.

(2) PAJOT, p. 16, ou LAUTH, obs. 180.

dans la même séance, la tête tend à s'engager et le fœtus, petit, est expulsé quatre à cinq heures après. La mère paraît très-bien immédiatement après sa délivrance, mais il n'est pas fait mention des suites (1).

Dans la troisième observation *à* 6 *centimètres* (2), M. Pajot perfore d'abord la tête dans l'espoir de hâter la dilatation du col, puis, quatre heures plus tard, il fait trois applications successives du céphalotribe dont les branches distendent fortement l'orifice utérin. La tête se dégagerait probablement seule, car quatre heures plus tard elle est à la vulve, d'où on l'extrait sans peine après une nouvelle application de l'instrument. Deux broiements sont ensuite pratiqués, séance tenante, sur le thorax.

Il n'est rien dit du *volume de l'enfant.* On voit seulement qu'il était en voie de décomposition, car il existait sur le ventre des places où l'épiderme s'enlevait. La femme éprouve des douleurs à la vulve et une *incontinence d'urine* pendant une quinzaine de jours.

Ces trois faits prouvent qu'à 6 centimètres, M. Pajot applique le céphalotribe sans trop de peine et que trois broiements bien faits dans une même séance suffiraient le plus souvent, puisque dans le premier cas la tête a pu être extraite immédiatement sans efforts, dans le second elle a été expulsée spontanément au bout de quatre à cinq heures, et dans le troisième elle entr'ouvrait la vulve au bout de quatre heures.

Bien que deux de ces femmes aient eu des incontinences d'urine, ce qui indique au moins une certaine violence faite aux organes génito-urinaires, bien que les suites de l'accouchement ne soient pas mentionnées pour la troisième, bien qu'un des enfants fût petit, bien qu'il ne soit pas parlé du volume des deux autres et que l'un d'eux fût en voie de décomposition, les résultats obtenus par M. Pajot n'en sont pas moins remarquables, surtout si on les compare à ceux de la méthode ordinaire que nous avons signalés plus haut.

Dans le tableau A (p. 208), nous voyons, en effet, qu'abstraction faite des observations 179, 180, 181, 182 qui appartiennent à M. Pajot, sur 7 cas de céphalotripsie pratiquée *à* 6 *centimètres,* 6 femmes ont

(1) PAJOT, p. 17, ou LAUTH, obs. 181.
(2) PAJOT, p. 20, ou LAUTH, obs. 182.

succombé (1), 6 sur 7 ! C'est une mortalité plus effrayante que celle de l'opération césarienne, sans tenir compte des enfants que celle-ci aurait pu sauver.

Passons aux deux dernières observations du mémoire de M. Pajot. Dans l'une, p. 14 (2), les dimensions du bassin ne sont pas indiquées d'une manière tout à fait précise. Mesuré à diverses reprises, il avait toujours donné, sur le vivant, 6 1/2 centimètres après réduction ; mais à l'autopsie on lui trouva 5 1/2 centimètres, d'après Lauth, et *guère plus de* 5 *centimètres* pour le passage de la tête, d'après Pajot (3).

M. Dubois perfore le crâne pour faciliter la dilatation du col. Celle-ci est encore incomplète, à 4 heures du soir, quand M. Pajot applique le céphalotribe. Il rencontre de très-grandes difficultés pour introduire la branche gauche, moins à cause de l'étroitesse du bassin qu'en raison des replis du cuir chevelu et des décollements qui ont été la conséquence de la perforation. Ces difficultés sont cependant surmontées et quatre broiements sont opérés successivement. A 8 heures, nouveau broiement, facile et répété deux fois. La tête descend, se dégage, et des tractions sur le cou amènent le tronc plus facilement qu'on ne l'avait espéré. L'enfant était petit ; il pesait, sans matière cérébrale, 2,000 grammes.

Pelvi-péritonite générale, abcès énorme, arthrite suppurée, destruction des fibro-cartilages, mort au cinquante-deuxième jour.

L'autre cas (4) s'est terminé plus heureusement. Le travail durait depuis 36 heures, et pendant ce temps dix médecins, d'après M. Pajot, quatorze d'après M. Lauth, avaient été appelés successivement ; aucun d'eux n'avait voulu se charger d'une besogne aussi difficile et la patiente avait été apportée à la clinique. Elle était fatiguée sans doute, mais l'état général n'était pas mauvais ; le pouls se soutenait et le moral était calme.

A un premier examen, M. Pajot évalua le diamètre sacro-pubien entre

(1) Lauth. *L. c.*, obs. IV, 21, 22, 147, et Guéniot, obs. 9, 13. Si dans l'observation III, la femme a survécu, c'est sans doute contre toute attente, car les manœuvres avaient été extraordinairement nombreuses, difficiles et longues (V. Lauth, p. 187).

(2) Ou Lauth, obs. 166.

(3) Il était en forme de cœur de carte à jouer dont la pointe correspondait à la symphyse.

(4) Pajot, p. 18, ou Lauth, obs. 168.

4 et 6 centimètres, mais il était difficile de l'apprécier exactement, car le sommet de la tête était allongé et plongeait un peu *au-dessous* du détroit supérieur, ce qui empêchait le doigt d'atteindre l'angle sacro-vertébral. (Mesuré plus tard, avant le départ de la femme, il donna 5 centimètres). L'enfant était mort. M. Pajot fait la perforation, puis pratique un premier broiement, imprime à la tête un léger mouvement de rotation, retire le céphalotribe et le réapplique.

Il attend quatre heures, fait deux nouveaux broiements, et ainsi de suite jusqu'à huit broiements. A minuit, lorsqu'elle se dégage, la tête est très-allongée et réduite à la consistance d'un chiffon. Des tractions exercées sur elle restant sans effet, on la coupe, on applique l'instrument sur le tronc et on attend de nouveau.

Cinq heures après, expulsion spontanée.

La femme se remet bien. Mais, au bout de quinze jours, elle perd ses urines et on constate l'existence d'une petite fistule vésico-vaginale, opérée plus tard et parfaitement guérie par M. Nélaton.

Si nous laissons de côté la tentative de céphalotripsie à 36 millimètres, où la femme est morte sans être délivrée, nous avons donc deux cas dans lesquels M. Pajot a appliqué sa méthode *au-dessous de* 6 *centimètres* (5 à 5 1/2 centimètres). Dans l'un, la femme succombe, dans l'autre elle est atteinte de fistule vésico-vaginale ; dans l'un l'enfant est petit, dans l'autre il est d'un volume ordinaire, mais il est mort, et sa tête est assurément très-ductile, puisque, malgré l'étroitesse du canal, elle s'y trouve engagée au point d'empêcher le doigt d'atteindre l'angle sacro-vertébral.

Tels sont les résultats obtenus par l'auteur de la méthode, par un homme éminemment habile et éminemment expert. Autorisent-ils à dire que, pour la généralité des praticiens, cette méthode est applicable non-seulement à 5 centimètres, mais encore à 40 et même à 27 millimètres ? Nous laissons au lecteur le soin d'en juger. Pour notre compte, nous ne le croyons certainement pas.

Nous en tenant aux faits, nous disons que :

1) Sur quatre cas de céphalotripsie pratiquée à 5 centimètres ou au-dessous, 3 femmes sont mortes (75 p. 100) (1).

2) Sur trois cas où elle a été pratiquée à 50 millimètres (2), deux fois elle a été funeste à la femme, une fois elle a laissé à sa suite une fistule vésico-vaginale ; deux fois l'enfant présentait des conditions exceptionnelles de petitesse ou de ductilité (3), une fois il était dans un état de putréfaction très-avancé (4) et cependant l'opération présenta de très-grandes difficultés dans deux cas, quoique l'instrument fût tenu par deux des accoucheurs les plus habiles de nos temps, MM. Stoltz et Pajot.

En présence de ces faits et de ces résultats, n'est-ce pas assez d'admettre 5 centimètres comme limite inférieure de la céphalotripsie? N'est-ce pas faire une concession trop large, et d'ailleurs toute gratuite, que d'abaisser cette limite, même pour les plus experts, à 4 centimètres ?

Après avoir étudié la question plus sérieusement que personne, guidé d'ailleurs par l'expérience et l'érudition de son éminent professeur, M. Lauth résume comme suit son opinion sur ce point. « *Pratiquement*, nous voyons un grand nombre de succès coïncider avec un rétrécissement de 6 centimètres, et quelques cas heureux au-dessous, jusqu'à 54 millimètres. Nous admettons, avec Kiwisch, comme limite inférieure, 5 centimètres. » (*De l'embryotlasie*, p. 133.)

L'école de Paris abaisse cette limite, sans se laisser cependant entraîner complétement par l'autorité de M. Pajot.

« Les bassins, dont le diamètre antéro-postérieur est moindre que 4 centimètres, dit M. Verrier, doivent être dévolus, de l'avis général, à l'opération césarienne. Il n'y a pas eu de succès jusqu'ici avec le céphalo-

(1) V. tableau A, p. 117, ou LAUTH, obs. II, 166, 168, 183.

(2) Tableau A, p. 117, ou LAUTH, obs. II, 166, 168. Dans l'obs. 166, le diamètre sacro-pubien présentait cependant plus de 5 centimètres, d'après M. Pajot lui-même. Il était de 5 1/2 centimètres, d'après M. Lauth.

(3) *Ibid.*, obs. 166 et 168.

(4) *Ibid.*, obs. II.

tribe, comme avec le forceps-scie (?), au-dessous de 5 centimètres. C'est donc une mesure très-large de descendre jusqu'à 4 centimètres ; limite au-dessous de laquelle, du reste, le forceps-scie ne pourrait plus être appliqué, et le céphalotribe, d'après Pajot lui-même, pour pouvoir passer, devrait avoir des branches d'une épaisseur moindre que le modèle habituellement employé. (*Parallèle du céphalotribe et du forceps-scie.* Paris, 1866, p. 24.)

« Pour les uns (Pajot), dit M. Guéniot, la limite inférieure ne s'élève qu'à 27 millimètres ; pour d'autres, elle doit s'étendre jusqu'à 50 ou 54 millimètres ; pour d'autres, enfin, elle devrait être reculée à 6 centimètres et même à 6 1/2 centimètres. Je dois le dire, dans l'état actuel de la science, il est peu de défenseurs de cette dernière opinion.

« Quel est entre ces chiffres celui qu'il convient d'adopter? La limite de M. Pajot me paraît *beaucoup trop* restreinte. Quant aux autres, elles me semblent, au contraire, en général, trop élevées. Grâce au perfectionnement apporté par M. Pajot dans l'application de la céphalotripsie, je crois qu'on peut la fixer aujourd'hui à 4 centimètres, mais à une condition, cependant, c'est que l'opérateur ne sera point novice en chirurgie obstétricale. Dans le cas contraire, la limite de 54 millimètres me paraît plutôt trop basse que trop élevée. Je suis convaincu que pour quiconque n'a pas une connaissance particulière de la chirurgie obstétricale, la femme courra infiniment plus de dangers, à 54 et même à 60 millimètres, par la céphalotripsie que par l'opération césarienne. Et cette assertion me paraît surtout fondée s'il s'agit d'opérer à la campagne où la gastro-hystérotomie fournit parfois de si beaux succès. » (*Thèse de concours*, Judice Pajot, 1866, p. 74.)

Comme on le voit, M. Guéniot se rapproche ici de l'opinion de M. Lauth qui admet, probablement avec M. Stoltz, que quand l'enfant vit, la gastro-hystérotomie est indiquée à 5 centimètres. (*De l'embryothlasie*, p. 187) et même à 6 centimètres (p. 196).

En résumé, l'opération pratiquée d'après la méthode de M. Pajot constitue un progrès incontestable, puisqu'elle réussit plus souvent à 6 centimètres, par exemple, et qu'elle a même réussi une fois à 5 centimètres, là

où l'ancien procédé échouait (1). Mais il n'est pas suffisamment établi qu'à cette dernière limite, et surtout il n'est nullement prouvé qu'à 4 centimètres elle serait moins meurtrière que l'opération césarienne.

### FORCEPS-SCIE.

Nous avons vu (p. 101) que, d'après M. Vanhuevel, *en dessous de 54 millimètres dans un diamètre quelconque,* l'embryotomie ne doit plus être pratiquée, à moins de conditions particulières de position, de petitesse ou de putréfaction du fœtus (2). Nous avons ajouté que cette limite était aussi admise par M. Marinus (3) et par M. Lados (4). Elle l'est éga-

(1) La céphalotripsie a été pratiquée (V. Tableau A, p. 117)

| D'APRÈS L'ANCIENNE MÉTHODE. | OBS. Morts. | OBS. Guéris. | D'APRÈS LA NOUVELLE MÉTHODE. |
|---|---|---|---|
| *A* 60 *millim.*, par Stoltz, 2 fois (obs. III, IV). | IV. | III. | Par Pajot, 3 fois (obs. 180, 181, 182). |
| — par Dubois, 4 fois (obs. 21, 22 de Lauth, 9, 13 de Guéniot). | 21, 22, 9, 13. | | |
| — par Feifer, 1 fois (obs. 147). | 147. | | |
| — par Pajot, 1 fois (obs. 179). | | 179. | |
| Donc à 6 centim. : 6 morts sur 8 ou 75 p. 100. | | | Les 3 femmes ont survécu. |

La supériorité de la nouvelle méthode nous semble donc évidente; il ne lui manque que de s'établir sur un plus grand nombre de faits.

La céphalotripsie a été pratiquée :

| | | |
|---|---|---|
| *A* 59 *millim.*, 1 fois par Schulze (obs. 151). Péritonite guérie au bout de quatre semaines. | | 151. |
| *A* 57 *millim.*, 1 fois par Martin (obs. 105). | 105. | |
| *A* 55 *millim.*, 2 fois par Dubois (Guéniot, obs. 10, 18). | 18. | 10. |
| *A* 54 *millim.*, 1 fois par Chailly (Lauth, obs. 53). Drame en plusieurs actes, à la suite duquel les acteurs Bonnassies, Moreau et Chailly sont exténués de fatigue (V. *Encyclographie*, t. CCXX, p. 92. | | 53. |
| Ainsi donc, de 54 à 59 millimètres, sur 5 cas, 3 morts, ou 60 p. 100. | | |

La céphalotripsie a été pratiquée :

| | | | |
|---|---|---|---|
| *A* 50 *millim.*, 1 fois par Stoltz (obs. II). | II. | | 2 fois par Pajot (V. son mémoire, pp. 14, 18), 1 femme morte (p. 14), 1 guérie, avec fistule (p. 18). |
| *A* 36 *millimètres.* | | | 1 fois par MM. Cusco et Pajot (*Loc. cit.*, p. 22). Femme morte sans être délivrée. |

Tel est le bilan complet de la céphalotripsie à 6 centimètres et au-dessous. Il légitime parfaitement, ce nous semble, la conclusion à laquelle nous sommes parvenu, à savoir que, *dans l'état actuel de la science, c'est abaisser suffisamment la limite inférieure de la céphalotripsie que de la fixer à 5 centimètres.*

(2) *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 113.

(3) *Ibid.*, t. CCXXXII, p. 276.

(4) *Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, 1851, p. 276.

lement par M. A. Feigneaux, ancien interne des hôpitaux de Bruxelles (1).

Nous avons fait remarquer que M. Vanhuevel comprend les espaces sacro-cotyloïdiens parmi les diamètres du bassin et que par *condition particulière de position*, il entend l'issue du tronc, qu'il considère comme éminemment favorable à l'emploi de son instrument (2). Quant à la petitesse et à la putréfaction du fœtus, elles constituent des conditions exceptionnelles, dont on ne peut tenir compte lorsqu'on parle d'une manière générale. Pour être complétement exact, nous devons cependant dire que dans un autre passage de son mémoire (3) l'inventeur du forceps-scie donne comme limite inférieure 50 à 54 millimètres au lieu de 54 millimètres juste. Nous voyons même qu'il a pu l'appliquer une fois et faire la section de la tête qui se présentait la première, dans un bassin *de 45 millimètres*, mais il fut impossible d'extraire les segments et il fallut en venir à une version extraordinairement laborieuse et bientôt suivie de mort (4). Ce fait n'était pas de nature à modifier et il ne modifia pas son opinion sur la limite inférieure de la section du crâne, qu'il fixe encore dans ce même mémoire à 54 millimètres.

Pour lui donc, lorsque l'enfant à terme se présente par le sommet, il ne faut plus penser au forceps-scie dès que le bassin descend *en dessous de 54 à 50 millimètres dans un de ses diamètres quelconque.*

Sans être d'abord aussi précis qu'on le désirerait, M. Hyernaux va plus loin : « Jusqu'à 5 1/2 centimètres, dit-il, et même à 4 centimètres, surtout si les pieds se présentent, on devra toujours extraire l'enfant fût-il vivant, à l'aide du forceps-scie, à moins que la mère, pour conserver son enfant et parfaitement renseignée d'ailleurs sur les conséquences de l'hystérotomie, ne veuille s'exposer aux chances de cette cruelle opération (5).

(1) *Observation d'application du forceps-scie.* Bruxelles, 1849, p. 3. « Au-dessous de 5 1/2 centimètres d'ouverture au détroit supérieur ou inférieur, l'extraction d'un enfant à terme, vivant ou mort, doit se faire par une opération sanglante sur la mère. »

(2) L'issue du tronc *est l'écueil du céphalotribe et le triomphe du forceps-scie* (HYERNAUX. *Traité d'accouchements*, 1866, p. 892).

(3) *Encyclographie*, t. CCXVIII, p. 53.

(4) *Encyclographie*, t. CCXIX, p. 114.

(5) *Traité d'accouchements*, 1866, p. 921. L'opération césarienne sera la seule et unique ressource, l'enfant fût il mort, lorsqu'il y aura un rétrécissement inférieur à 4 centimètres.

lacie le bassin peut se rétrécir notablement d'un accouchement à l'autre, mais il n'est fait aucune mention de cette maladie; au contraire, dans l'une comme dans l'autre observation, il est dit que la femme est rachitique.

Des trois faits à 45 millimètres, le premier a donc été malheureux, le second manque de détails importants, et le troisième réclamerait des éclaircissements sur l'étendue réelle du bassin.

L'observation qui établit le mieux la possibilité de réussir encore au-dessous de 5 centimètres est, selon nous, celle qui se trouve rapportée par M. Hyernaux (*Traité d'accouchements,* 1866, p. 887) (1).

Le diamètre sacro-pubien ne mesure que 47 millim. et l'étendue des distances sacro-cotyloïdiennes est à l'avenant. La femme à terme, et probablement primipare puisqu'il n'est rien dit de ses antécédents, refuse l'opération césarienne. Lorsque l'orifice de l'utérus est assez large et assez souple, le forceps-scie est appliqué. Son introduction est facile; la section rapide et l'enfant, de volume ordinaire, est promptement extrait. Couches normales (2).

La seule observation de section du crâne à 5 centimètres appartient encore à M. Hyernaux (*Presse médicale belge,* 1856, p. 191) (3).

Jeanne C..., à terme de sa première grossesse, en travail depuis l'avant-veille, a le pubis aplati et le diamètre sacro-pubien se trouve réduit à 50 millimètres (1 p. 10 l.). En ville, on a essayé à trois reprises de la délivrer avec le forceps. Il y a contusion et déchirure du périnée. Le cordon, sans pulsations, se présente à côté de la tête. On applique le forceps-scie. La section terminée, on dégage l'instrument et l'on retire le segment postérieur avec la pince à dents de loup. Le segment antérieur, adhérent au tronc, présente plus de résistance pendant le passage des épaules à travers le détroit supérieur, bien *que l'enfant ne soit pas des plus forts,* et, ajoutons-nous, bien que le bassin ne soit pas aussi étroit que dans les observations précédentes.

Après la délivrance, injection vaginale et potion calmante. La femme est

(1) V. Tableau *B*, p. 120, obs. 65.

(2) Ceux qui connaissent la dextérité de M. Hyernaux s'étonneront moins de la facilité avec laquelle il a appliqué l'instrument que de la rapidité de l'extraction d'un enfant ordinaire, à terme, chez une femme primipare dont le diamètre sacro-pubien est réduit à 47 millimètres et les lignes sacro-cotyloidiennes raccourcies à l'avenant.

(3) V. Tableau *B*, p. 120, obs. 59.

mise à part. Le lendemain et les deux jours suivants, quelques alternatives de fièvre légère et d'apyrexie, puis quatre jours d'état très-satisfaisant. Au huitième et au neuvième jours, légère accélération du pouls et front un peu chaud. Au dixième jour, même état. La femme demande sa sortie qui lui est accordée pour prévenir une fièvre nosocomiale. Rien des suites.

Abstraction faite des réserves que nous avons cru devoir poser, les résultats de la section du crâne à 5 centimètres et au-dessous sont très-avantageux, puisque à 45 millimètres, nous trouvons deux succès sur trois cas; à 47 millimètres, un succès, et à 50 millimètres, un cas de sortie de la femme au dixième jour, sous l'imminence d'une fièvre nosocomiale, sans indication précise des suites ultérieures; ce qui fait trois et peut-être quatre succès sur cinq.

Les quatre observations à 54 millimètres (1) sont moins heureuses, puisque trois fois il a fallu recourir à la version après la section du crâne, puisque deux femmes ont succombé et que la troisième a présenté quelques accidents inflammatoires (2).

### QUELLE EST LA LIMITE INFÉRIEURE DE LA TRANSFORATION DU CRANE?

*Obs. VII.* Primipare. 1$^{m}$,05. Le bassin présente 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur, mais l'espace sacro-cotyloïdien gauche est réduit à 35 millimètres. Après la perforation de la voûte, deux trous sont pratiqués du côté de la face et un du côté de l'occiput. L'opération se fait aisément et sans douleur. L'instrument étant enlevé et la femme remise au lit, la tête est expulsée spontanément au bout d'une heure. Le tronc seul exige des tractions assez énergiques. Bien que *le corps* du sphénoïde n'ait pas été atteint, la tête se trouve convertie en une sorte de gâteau depuis l'occiput jusqu'au diamètre bi-malaire qui conserve environ 54 millimètres de largeur. Les couches sont exemptes de toute complication.

*Obs. XII.* Primipare, contrefaite. Bassin de 58 millimètres. Position

(1) V. Tableau *B*, p. 120, obs. 1, 60, 121, 125 et p. 184.

(2) Il est vrai que deux de ces faits nous sont personnels, mais ils ne changent pas la moyenne, et ils ne l'aggravent sûrement pas, puisque si l'un a été mortel, l'autre a été suivi de couches naturelles, tandis que des deux autres femmes, opérées par MM. Vanhuevel et Hyernaux, l'une a succombé et l'autre a eu des couches plus ou moins inquiétantes.

occipito-postérieure droite. Après soixante heures de travail, débridement du col de la matrice, perforation de la voûte du crâne ; quatre trous sont pratiqués du côté de la face, puis deux du côté de l'occiput. L'extraction de la tête se fait ensuite sans effort ; celle du tronc exige seule quelques tractions plus énergiques. Le crâne est tout aplati ; son diamètre transversal le plus long, le bi-malaire, est réduit à 4 centimètres. Bien qu'il ait dû traverser un col assez largement incisé sur ces deux bords, les couches sont naturelles.

*Obs. XI.* Primipare, profondément rachitique. Bassin de 55 millimètres. Position occipito-iliaque gauche, légèrement antérieure. Quarante-huit heures de travail. Perforation de la voûte du crâne. Quatre trous étant pratiqués dans la base, du côté de la face, je fais quelques tractions d'essai et la tête descend si facilement que je crois d'abord que l'instrument lâche prise. Le tronc seul oppose une vive résistance. Couches complétement normales.

*Obs. V.* Primipare, rachitique, trapue. Bassin de 54 millimètres plus étroit à droite qu'à gauche. Tête déviée. Version d'un enfant volumineux. Perforation de la base. Traction sur l'instrument qui se fausse et sur le tronc qui menace de se détacher du crâne. Section du cou. L'étroitesse de la moitié droite du bassin me paraît devoir rendre l'application du forceps-scie très-difficile. J'essaie le céphalotribe qui échoue. Le lendemain, je reviens au transforateur et, finissant par où j'aurais dû commencer, je termine sans difficulté sérieuse.

C'est là notre plus mauvaise opération. Elle a été pratiquée avec un instrument défectueux et conduite avec hésitation. Aujourd'hui que l'arme est meilleure et que j'en connais mieux la valeur, j'éviterais les tâtonnements qui ont probablement contribué au phlegmon pelvien dont les couches ont été compliquées.

*Obs. III.* Primipare, rachitique, de très-petite taille. Bassin de 54 millimètres. Version. Perforation de la base du crâne. Section du cou. Expulsion spontanée et rapide de la tête. Couches tout à fait normales.

*Obs. XIII.* Tous les diamètres sont rétrécis ; le bis-ischiatique est réduit à 47 *millimètres* et l'espace sacro-cotyloïdien gauche à 25 *milli-*

*mètres.* Forceps ordinaire essayé sans succès; transforation. La femme succombe, mais la tête, réduite à 4 centimètres, a été extraite avec si peu de violence qu'il est impossible d'attribuer le résultat funeste à l'action du dernier instrument employé.

Tels sont les faits principaux qui témoignent de la puissance de la sphénotrésie. Si l'on voulait, avec MM. Vanhuevel et Hyernaux, ranger les lignes sacro-cotyloïdiennes parmi les diamètres du bassin, on serait en droit de conclure que la transforation peut suffire à 35 *millimètres* (obs. VII) et même à 25 *millimètres* (obs. XIII), mais ces lignes ne passant pas par le centre du détroit supérieur, ne sont pas des diamètres et n'ont pas tout à fait l'importance de ces derniers.

Il n'en est pas de même de la distance qui sépare les ischions. Celle-là est bien un diamètre, et notre observation XIII nous autorise à affirmer qne le transforateur terminera quelquefois facilement à 47 *millimètres.*

***Pratiquement,*** nous n'avons pas le droit d'en dire davantage car nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer l'instrument au-dessous de cette dernière limite; mais ***théoriquement,*** nous croyons fermement que cette limite peut encore être abaissée, puisque dans nos observations X, XII et XV les os pariétaux s'appliquaient l'un contre l'autre, et que le diamètre bi-malaire, le plus long et pour ainsi dire le seul qui restât dans le sens transversal, se trouvait réduit à 4 centimètres, et qu'il eût suffi de quelques nouvelles perforations pour le rendre plus réductible encore. Il faut remarquer d'ailleurs qu'en supposant un bassin de 4 centimètres, une tête réduite à la même dimension passera toujours aisément, parce que son diamètre le plus long ne restera sûrement pas en rapport avec le plus court du canal à traverser.

Vous n'atteindrez pas toujours d'emblée *le corps* du sphénoïde, nous dira-t-on peut-être. Nous le savons bien, mais ce que nous savons aussi, c'est qu'en pratiquant un ou deux trous du côté de l'occiput, et deux, trois ou quatre trous du côté de la face, on brise au moins le rocher du temporal et que dès lors la tête se laisse aplatir dans les quatre cinquièmes de sa longueur, de façon que son diamètre transversal le plus long, le bi-malaire, réduit à 54 millimètres, peut traverser un canal de moindre dimension,

en se mettant en rapport avec un diamètre plus étendu; ce que nous savons aussi, c'est que, si ce rapport favorable ne s'établissait pas, quelques nouvelles perforations auraient toute chance d'atteindre la base du sphénoïde descendue alors au niveau du détroit supérieur et feraient ainsi cesser la disproportion.

La sphénotrésie nous semble donc avoir des limites au moins aussi étendues que le broiement et la section du crâne, et dans certaines formes irrégulières du bassin, produites par l'ostéomalaxie ou par le rachitisme extrême, elle nous paraît encore praticable là où le céphalotribe et le forceps-scie ne pourraient plus être appliqués.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1) LA TRANSFORATION DU CRANE EST TOUJOURS POSSIBLE LA OÙ LE BROIEMENT ET LA SECTION LE SONT ;

2) ELLE L'EST ENCORE DANS CERTAINS CAS OÙ CES DEUX AUTRES OPÉRATIONS NE LE SONT PLUS OU NE LE SONT GUÈRE. (*Bassins asymétriques*) ;

3) ELLE PEUT SE PRATIQUER PLUS TÔT ;

4) ELLE EST PLUS FACILE ;

5) ELLE EST MOINS DANGEREUSE ;

6) ELLE PERMET D'ABANDONNER L'EXPULSION DU FOETUS AUX EFFORTS DE LA NATURE OU DE PROCÉDER IMMÉDIATEMENT A SON EXTRACTION ;

7) LES LIMITES DE SON ACTION SONT AU MOINS AUSSI ÉTENDUES QUE CELLES DE LA CÉPHALOTRIPSIE ET DE LA SECTION DU CRANE ;

8) LES RÉSULTATS QU'ELLE A FOURNIS JUSQU'ICI SONT PLUS AVANTAGEUX QUE CEUX DE LA SECTION ET DU BROIEMENT ;

9) L'INSTRUMENT ÉTANT PLUS FACILE A APPLIQUER, PLUS SIMPLE ET MOINS COUTEUX (1), A PLUS DE CHANCES DE SE VULGARISER (2).

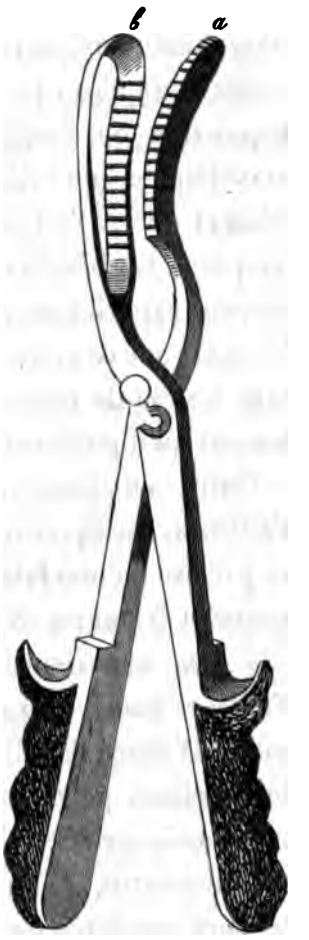
(1) Le forceps-scie coûte 180-190 francs, non compris la pince à dents de loup (25 francs) et la scie de rechange (40 francs) sans lesquelles on ne peut entreprendre l'opération sans s'exposer à se trouver dans l'embarras. Le transforateur coûte 3 1/2 fois moins.

(2) Nous remercions ici M. Stas, le digne successeur de M. Bonneels, de sa bonne coopération aux différentes modifications par lesquelles nous avons dû passer et du soin qu'il apporte dans la fabrication de l'instrument.

Il nous reste à dire quelques mots du crânioclaste de Simpson, du forceps à tarière des frères Lollini et du nouvel instrument de Guyon.

### CRANIOCLASTE (1).

Le célèbre professeur d'Édimbourg perfore d'abord la voûte du crâne, puis il fait pénétrer par l'ouverture qu'il vient de pratiquer la branche *a* d'une forte pince (v. fig.), dont il place ensuite l'autre branche *b*, extérieurement, sur l'occiput. L'instrument étant articulé et fortement serré, il lui imprime des mouvements de torsion ou de rotation en deux sens opposés, pour fracturer et luxer l'os compris entre ses mors. Il brise ainsi, sans les dénuder, tantôt l'occipital seul, tantôt l'occipital et le pariétal et, au besoin, le frontal. Après quoi, il tente l'extraction de la tête, au moyen de la pince.




Telle est l'opération à laquelle Simpson donne le nom de crânioclasme.

Elle est simple et semble devoir être douée d'innocuité, puisque les os restent protégés par le cuir chevelu.

Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur l'instrument pour remarquer que ses branches ne présentent ni assez de longueur ni assez de courbure pour atteindre réellement la base du crâne. En supposant d'ailleurs qu'elles puissent embrasser les rochers des temporaux et le corps du sphénoïde qui, comme nous l'avons dit souvent, constituent la clef de voûte et les culées de l'édifice céphalique, il faudrait le poignet d'un hercule pour écraser ou pour briser des os aussi épais et aussi solides que ceux-là et en admettant le déploiement d'une force suffisante, il serait alors à

(1) De κρανίον, crâne et de κλάω, je mets en pièces.

craindre que les téguments lacérés ne missent des fragments osseux à nu.

Il faut observer d'autre part que dans les cas de vice considérable du bassin, la tête jouit souvent d'une mobilité telle qu'elle obéit aux mouvements imprimés à la pince et que l'action disjonctive de celle-ci se trouve ainsi considérablement diminuée sinon complétement annihilée.

Dans son mémoire (1),Simpson ne parle pas du forceps-scie et il s'arrête à peine au céphalotribe, d'ailleurs peu usité en Angleterre. C'est donc à la crâniotomie ordinaire qu'il compare surtout le crânioclasme et qu'il en établit la supériorité. Il nous semble incontestable que la fracture et la disjonction de l'occipital et du pariétal produisent une réduction plus considérable que celle qui résulte de la simple perforation de la voûte du crâne et que si l'on peut y joindre, ne fût-ce que la luxation du rocher du temporal, les bénéfices de l'opération iront encore beaucoup plus loin. Nos propres expériences sur les effets de la transforation ne nous laissent pas de doute sur ce point. Nous croyons donc que le crânioclasme peut suffire dans les cas de rétrécissement moyen du bassin, mais nous doutons grandement qu'il puisse en être de même dans les rétrécissements extrêmes.

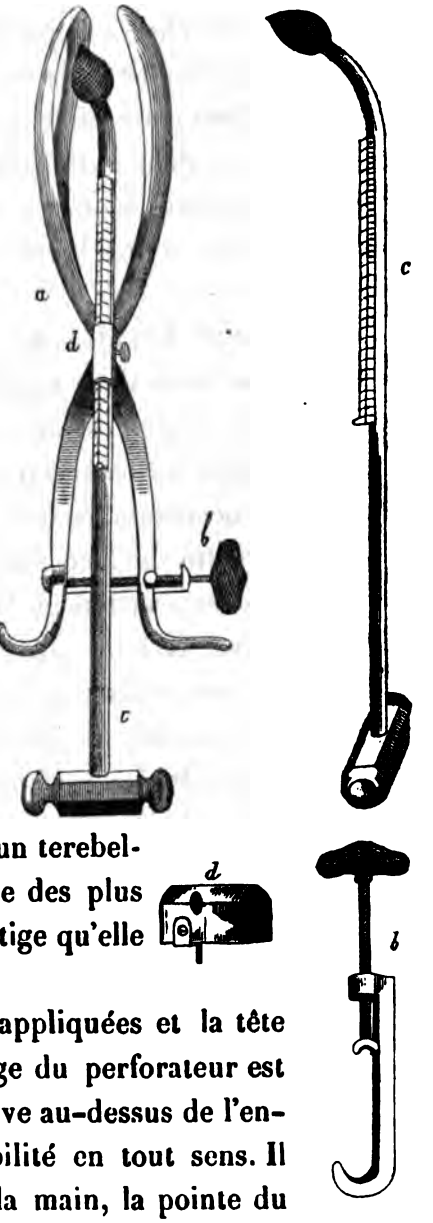
Outre ses essais sur le cadavre, Simpson rapporte, fort brièvement d'ailleurs, quelques observations cliniques couronnées de succès, mais il ne précise qu'une fois les dimensions du bassin. Le diamètre sacro-pubien mesurait 3 pouces (8 centimètres).

« Les expériences de Haake, reproduites par Schniebs, semblent d'ailleurs contredire quelques-unes des assertions du professeur d'Édimbourg. D'abord l'application de l'instrument est difficile, parce qu'il manque de courbure pelvienne. Les os sont brisés sans doute dans leur continuité, mais rarement ils sont séparés de leurs connexions avec les autres os. Par contre, il arrive souvent que des fragments d'os brisés se dégagent de leurs enveloppes protectrices et exposent la mère à des lésions. Enfin, au point de vue de l'extraction, le crânioclaste n'atteint pas le but, puisque les os et le cuir chevelu saisis par les cuillers sont beaucoup trop minces pour ne pas échapper des branches alors même qu'ils auraient été saisis avec toute la force voulue.

(1) *Medical Times and Gazette advertiser*. Mai et juin 1860.

« L'essai clinique ne fut pas plus heureux. Il fallut articuler dans le vagin. Le broiement fut difficile. Pendant l'extraction, il se dégagea une esquille volumineuse et l'on fut obligé de terminer par le céphalotribe de Busch (1). »

FORCEPS A TARIÈRE DES FRÈRES LOLLINI.




Il y a longtemps déjà que les frères Lollini, fabricants d'instruments à Bologne, avaient imaginé un forceps auquel s'adaptait une tarière ou vrille (*trivella*) pour pratiquer la perforation de la voûte et de la base du crâne. Le professeur Rizzoli a même vu le modèle en bois qu'ils en avaient exécuté.

Mais ils avaient abandonné cette idée, et comme ils ont bien voulu nous l'écrire, ils ne la reprirent qu'après avoir connu nos essais de transforation et à l'occasion de l'Exposition universelle de Paris, où leur nouvel instrument figurait honorablement.

Comme on peut le voir par la figure ci-jointe, il se compose d'un forceps *a*, qu'un étau *b* peut convertir en céphalotribe et d'un terebellum *c* dont la poire, grâce à un mécanisme des plus ingénieux, se meut *indépendamment* de la tige qu'elle surmonte.

Les deux branches du forceps étant appliquées et la tête étant bien *fixée* au moyen de l'étau, la tige du perforateur est placée dans l'espèce de boîte *d*, qui se trouve au-dessus de l'entablure et qui lui laisse une certaine mobilité en tout sens. Il suffit alors de pousser et de diriger, de la main, la pointe du

(1) V. Lauth. *Loc. cit.*, p. 58 et obs. 185.

terebellum jusque contre la voûte, dans laquelle on la fait pénétrer par des mouvements de rotation. Lorsque l'instrument est dans le crâne, il broie la substance cérébrale; puis on le dirige contre la base même, distinguant (lorsqu'on l'a employé quelquefois, dit l'honorable rapporteur, M. Rizzoli), si on heurte contre une partie dure, comme serait le sphénoïde, ou non, et pouvant ainsi choisir le point à attaquer et à perforer. Il n'est pas nécessaire que la pyramide de la vrille traverse toute l'épaisseur de l'os.

Le terebellum étant ramené dans le crâne, on peut pratiquer de la même manière une ou deux autres ouvertures dans la base. On l'enlève alors, et au moyen de l'étau, on rapproche fortement les manches du forceps-compresseur, et l'on écrase la tête que l'on réduit ainsi à un petit volume et qu'on extrait (1).

La nouveauté de l'idée de MM. Lollini consiste, comme on le voit, à fondre en une seule deux méthodes : la transforation et l'écrasement de la tête. Mais cette fusion est-elle avantageuse? Nous ne le croyons pas.

D'abord, dans les bassins très-étroits et surtout dans les bassins asymétriques, on rencontrera, comme pour toute application de forceps, la nécessité et la difficulté de bien placer les deux branches en regard l'une de l'autre et de saisir exactement la tête du fœtus.

Il faudra que les mors des cuillers dépassent toujours le niveau de la base du crâne, car, sans cette condition, le terebellum qui est un peu plus court que les branches du forceps, ne pourrait traverser les os.

En supposant la tête parfaitement saisie, l'instrument peut, s'il n'est pas convenablement dirigé, aller se dégager en avant ou en arrière du champ des cuillers au risque très-sérieux de blesser la paroi utérine.

Ce danger peut exister même quand la tige du perforateur est maintenue dans le parallélisme le plus exact avec les deux branches du forceps. Pour nous faire comprendre, supposons que les mors des cuillers, au lieu de s'effacer sur la surface du crâne, fassent une certaine saillie en arrière et rencontrent la paroi utérine postérieure; n'est-il pas à craindre que cette paroi, en s'engageant dans l'intervalle des deux mors plus ou moins écartés l'un de l'autre, ne devienne accessible à la pointe du transforateur?

(1) *Société médico-chirurgicale de Bologne*. Séance du 16 février 1867.

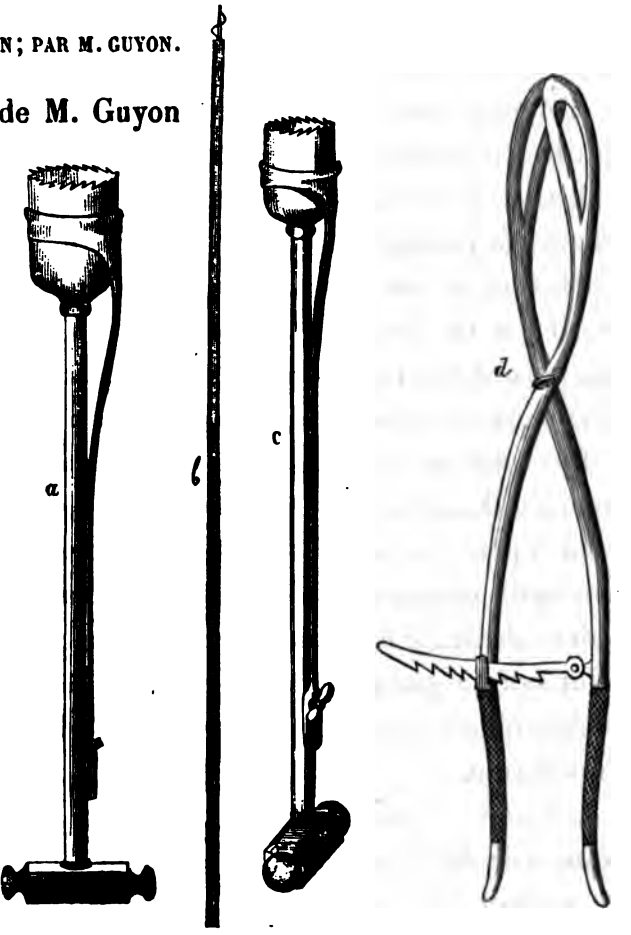
Nous préférons donc notre procédé : 1° Parce qu'il est plus facile d'introduire une seule branche et même de l'introduire successivement de chaque côté du bassin que d'en introduire deux et de les placer exactement en regard l'une de l'autre; 2° Parce que la branche protectrice et le transforateur sont disposés de manière à rendre la lésion de l'utérus impossible; 3° Enfin, parce que la base du crâne étant convenablement attaquée, la pince, formée par les deux pièces de notre instrument, est moins exposée à glisser qu'un forceps quelconque et qu'elle permet à la tête de se réduire peu à peu, de se mouler dans la filière pelvienne, en prenant les directions les plus favorables, c'est-à-dire celles dans lesquelles elle rencontre le moins de résistance.

TRANSFORATION AU MOYEN DU TRÉPAN; PAR M. GUYON.

L'appareil instrumental de M. Guyon se compose : 1° D'un tire-fond, long de 36 centimètres pourvu d'un manche amovible (fig. *b*);

2° et 3° De deux tréphines montées sur une douille de 28 centimètres de longueur et garnies de gaînes métalliques qui protègent les parties de la femme. Elles sont de volume inégal : l'une présente 3 centimètres de diamètre, l'autre, 2 centimètres (fig. *a*, *c*.);

4° D'un petit forceps, dont les cuillers n'ont que 3 centimètres dans leur plus grande largeur et dont les



manches peuvent être graduellement et fortement rapprochés, au moyen d'une crémaillère (fig. *d.*)

*Mode d'emploi.* — Le tire-fond, guidé par l'indicateur gauche, est vissé sur la voûte du crâne. On en enlève le manche, et sa tige engagée dans la couronne et dans la tige du gros trépan sert à conduire celui-ci contre le crâne; une première perforation est alors pratiquée.

La main étant introduite dans le vagin, l'index pénètre par l'ouverture faite à la voûte du crâne et va à la recherche de la tente du cervelet dont les bords le conduisent aux apophyses clinoïdes. Le tire-fond, introduit le long de ce doigt, va s'implanter dans la selle turcique ou dans l'apophyse basilaire et sert de guide à son tour à la petite tréphine destinée à perforer la base du crâne.

Le petit forceps est alors appliqué pour aplatir la tête et exercer ensuite les tractions nécessaires à son extraction.

Tel est le nouveau procédé de crâniotomie que M. Guyon désigne sous le titre de *céphalotripsie intra-crânienne.*

Il a été publié pour la première fois dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* en mai 1867, p. 203, mais les premières expériences de M. Guyon remontent à la fin de décembre 1865. Une première application en a été faite à l'Hôtel-Dieu, en décembre 1866; l'auteur, n'ayant pas encore son forceps, s'est servi du forceps ordinaire pour opérer l'extraction. Ce sont les seuls détails qu'on nous donne sur ce premier fait.

En voici un second, recueilli par M. Just Lucas-Championnière. La nommée D..., primipare, était entrée à la maternité le 31 mars 1867. Cette femme, petite, avait été réglée pour la dernière fois le 22 juillet. Elle présentait un utérus volumineux et régulièrement développé; la fluctuation y était évidente; le fœtus était fort mobile; les bruits du cœur étaient faciles à entendre à gauche et en avant. Les deux membres inférieurs étaient œdématiés ainsi que la paroi abdominale, bien qu'il n'y eût pas d'albumine dans l'urine.

Les jambes étaient courtes et les tibias arqués et à convexité antérieure prononcée. Au toucher, le col était court et ouvert, la tête élevée et mobile. On arrivait facilement sur l'angle sacro-vertébral qui paraissait dévié à

gauche. Le diamètre sacro-sous-pubien, mesuré avec le doigt, donnait 9 centimètres, ce qui fait un diamètre sacro-pubien de 7 1/2.

L'excès du liquide amniotique rendait difficile à établir l'âge de la grossesse qui, à en croire la malade, n'aurait été que de 7 1/2 mois.

Bien que l'état du col annonçât un accouchement prématuré, on résolut de provoquer l'accouchement. Le 8 avril, à 10 heures du matin, M. Trélat introduisit l'appareil Tarnier. Bientôt des contractions se manifestèrent. Le soir, à 8 1/2 heures, M^me^ Alliot retira l'appareil du vagin où il était tombé depuis trois heures déjà. Le lendemain, à 10 1/2 heures du matin, avec MM. Trélat et Guyon, M^me^ Alliot rompit les membranes qui restaient tendues au-dessus de l'orifice. On put recueillir 1380 grammes de liquide. Le col était souple, mais à peine effacé; on résolut d'attendre à 6 heures du soir pour intervenir. L'état général de la femme était excellent. Elle fut mise dans un bain.

Le soir, la tête était un peu abaissée, une tuméfaction considérable s'était produite. L'orifice à bords souples et minces était dilaté à 4 centimètres environ.

A 6 1/2 heures, après avoir donné du chloroforme, M. Trélat fit une application de forceps, mais la tête n'ayant pas bougé, la céphalotripsie fut décidée.

M. Guyon ayant introduit l'index gauche dans le vagin, glissa le tire-fond sur lui et le fixa solidement sur le crâne.

Le premier perforateur enfilé sur cette tige fut introduit et enleva une rondelle de la voûte. Le doigt introduit dans le crâne fit reconnaître à M. Guyon un fait important à noter comme résultat du toucher intra-crânien. L'occiput dont la présence à gauche avait été constatée le matin, au premier examen, était maintenant à droite. Le tire-fond fut fixé sur l'apophyse basilaire et le second perforateur, conduit sur lui, enleva facilement une rondelle de la base du crâne. Le petit forceps fut introduit sans difficulté et sous l'influence d'une pression peu considérable la tête s'affaissa, expulsant une grande partie de la masse cérébrale.

M. Guyon put alors combiner des tractions modérées avec le mouvement de rotation. Le fœtus fut facilement amené au dehors.

La délivrance fut naturelle. On ne constata qu'une déchirure tout à fait insignifiante de la paroi postérieure du vagin, au-dessus de la vulve.

La femme réveillée avait 90 pulsations. Nous ne rapporterons pas son observation. Qu'il nous suffise de dire qu'aujourd'hui elle se lève; elle est guérie. Les suites de couches n'ont été marquées que par un peu de fièvre et un ballonnement du ventre qui n'ont pas eu de suites. L'enfant pesait 2350 grammes sans la matière cérébrale complétement évacuée. Il mesurait 46 centimètres de longueur; la largeur de ses épaules était de 13 1/2 centimètres.

La tête avait été saisie de l'occiput au front. En cherchant à la ramener à ses dimensions primitives, on lui trouva les diamètres suivants : occipito-frontal, 10 centimètres; occipito-mentonnier, 12; bipariétal, 8. Nous avons dit que l'instrument avait été appliqué sur le premier de ces diamètres; l'écartement de ses branches, mesuré à leur face convexe, donnait seulement 4 1/2 centimètres.

Cette observation, quoique suivie d'heureux résultats, ne suffit pas, dit M. Just Lucas-Championnière, pour assurer d'une manière absolue le succès de la méthode. Nous ne la donnons qu'en attendant des preuves nouvelles, mais elle nous a paru assez intéressante pour la signaler à l'attention des praticiens qui connaissent les difficultés et les dangers du céphalotribe.

M. Just Lucas dit avoir vu un très-grand nombre d'expériences sur le bassin artificiel et sur le cadavre, toujours avec les résultats que voici :

La tête est d'une malléabilité absolue. La céphalotripsie répétée peut seule donner des résultats analogues à ceux qu'on obtient ainsi par une seule perforation. Que le fœtus soit saisi du front à l'occiput ou suivant un diamètre plus favorable, la réduction est toujours très-aisée.

Sur le bassin artificiel, nous avons vu faire passer des têtes de fœtus à terme dans des rétrécissements de 5, 4 et même 3 centimètres; le passage de la tête était aisé; mais à ces degrés extrêmes il fallait des efforts considérables pour extraire le tronc.

Dans les expériences comparatives faites avec le céphalotribe appliqué dans les meilleures conditions, il était impossible d'atteindre les mêmes

limites et la tête restait toujours plus dure et résistante, moins malléable en un mot.

Toute l'opération se fait sans toucher à l'utérus. Le forceps seul est en contact avec lui, mais on sait combien il est léger et par conséquent facile à introduire.

Nous n'avons jamais vu d'esquille faire saillie au dehors.

Tels sont les renseignements fournis sur un procédé de céphalotripsie qui constitue, en réalité, dit M. Just Lucas, une méthode nouvelle.

Nous croyons qu'il faut ici, au point de vue de la nouveauté, distinguer la méthode du procédé. La méthode, qui consiste à aller attaquer la base du crâne et surtout le sphénoïde à travers la voûte et la cavité de la boîte céphalique, n'est pas précisément nouvelle, puisque nous l'avons indiquée dès 1860 et suivie, sur la femme vivante, en janvier 1861. Quant aux procédés qui consistent dans le choix des moyens à employer pour pratiquer cette transforation de la tête, celui que nous venons de faire connaître est réellement neuf et appartient à M. Guyon (1). Tâchons d'en apprécier la valeur.

Avec les anciens déjà, avec Didot et avec nous, M. Guyon a parfaitement compris et ses expériences lui ont complétement démontré, comme les nôtres l'avaient fait depuis longtemps pour nous et nos élèves, que le sphénoïde est la vraie clef de voûte qui soutient les os du crâne et que rompre cette clef c'est démolir tout l'édifice qui repose sur elle. C'est là, en effet, la *delenda Carthago* et, nous en avons la conviction, l'avenir est au procédé qui atteindra le plus facilement et le plus sûrement ce but. Celui de M. Guyon remplit-il mieux ces conditions que le nôtre? Nous sommes assez ami de l'humanité et des progrès de la science pour le désirer. Nous avons cependant quelques doutes et nous ne pouvons nous dispenser de les soumettre à la sagacité de notre honorable confrère.

M. Guyon va plus droit au but et il l'atteint plus directement que nous, car il a eu l'heureuse idée de chercher avec le doigt les points à attaquer,

(1) Nous pourrions cependant prouver que dès nos premières recherches nous avions aussi pensé à l'emploi du trépan d'Assalini pour perforer la base du crâne. On verra plus loin pourquoi nous ne nous sommes pas arrêté à cette idée.

tandis que nous ne les déterminons que par une sorte de sondage peu difficile, mais moins sûr que le toucher. Mais M. Guyon doit absolument porter l'instrument sur le sphénoïde et l'y porter d'emblée, car, si par une erreur de diagnostic, facile à éviter, nous en convenons, mais cependant possible, la tréphine s'implantait sur un os mince, elle pourrait traverser le cuir chevelu, ne fût-ce que par un de ses bords, et léser l'utérus.

D'une autre part, si le doigt, crochet mobile en tout sens, peut toujours atteindre le sphénoïde, nous nous demandons si le tire-fond et la tréphine, tiges droites et inflexibles, l'atteindront également dans tous les cas. Pour nous faire comprendre, supposons une présentation du pariétal droit (présentation déviée du sommet) en position occipito-iliaque gauche. L'indicateur, introduit dans la première perforation, en se recourbant en avant, reconnaîtra sans doute le sphénoïde situé au-dessus des pubis, mais le trépan ne l'atteindra peut-être point ou ne pourra que le raser. Nous ne sommes donc pas pleinement convaincu que le procédé de M. Guyon soit toujours applicable (1).

Si l'on suppose que la tréphine tombe *bien perpendiculairement* sur l'apophyse basilaire ou sur la selle turcique, sa couronne ira sûrement se dégager dans la bouche ou dans le pharynx, et fût-elle même poussée un peu trop avant, la mâchoire inférieure et les parties molles qu'elle contient (langue, etc.) protégeront suffisamment les organes maternels. Mais l'instrument étant appliqué sur les mêmes points, ne peut-il pas se faire, par suite d'une certaine inclinaison ou d'une flexion exagérée de la tête, qu'il aille aboutir à l'une des pommettes ou au nez et que l'un des bords de la couronne du trépan se dégageant avant l'autre, entame la paroi utérine? « L'opérateur est averti, dit M. Just Lucas, que la base du crâne est perforée par la mobilisation de la rondelle osseuse avec laquelle le tire-fond

(1) On nous objectera peut-être que dans cette hypothèse notre transforateur qui est aussi une tige droite, ne pourra non plus atteindre le sphénoïde. Mais nous répondons en disant que cette condition n'est pas indispensable pour nous, que nous pouvons attaquer sans danger les os les plus minces et que dans plusieurs de nos observations nous avons obtenu des réductions considérables, en brisant seulement l'un des rochers des temporaux et les ailes du sphénoïde. Nous ajoutons qu'à la suite de cette réduction, la tête s'engageant davantage, le corps du sphénoïde devient accessible et qu'il pourrait être attaqué à son tour, s'il en était besoin.

fait corps et aussi par la sensation ordinaire de manque de résistance, » mais dans l'hypothèse que nous venons de faire, cet avertissement ne pourrait-il pas venir un peu tard ?

Ce sont là de simples questions que nous nous permettons de soumettre à l'honorable M. Guyon. En attendant que l'expérience y ait répondu, nous concevons la possibilité de brillants succès, mais nous conservons en même temps des craintes qui nous feraient hésiter et qui arrêteront peut-être des praticiens moins sûrs d'eux-mêmes que l'habile accoucheur de l'hôpital Cochin.

Au risque de compliquer encore un peu son appareil instrumental, nous croyons donc que notre savant confrère devrait chercher le moyen d'en rendre l'emploi plus sûrement inoffensif.

## APPENDICE.

Notre procédé d'embryulcie a eu la singulière fortune d'être jugé et presque frappé d'interdiction, avant que les faits sur lesquels il doit s'appuyer eussent eu le temps de se produire. Nous savions qu'en publiant son livre (1) le savant professeur de Bruxelles en voulait faire une œuvre nationale et, sur la demande qu'il nous en avait adressée, nous lui avions confié notre nouveau-né qui est belge et qui, par le temps d'annexions qui court, désire garder sa nationalité. La présentation de notre procédé par M. Hyernaux a été un véritable essai de démolition : nous ne nous en plaignons pas, car c'est du choc des contradictions que jaillit la lumière. Nous regrettons seulement que la nécessité de nous défendre et de suivre la critique de point en point nous oblige à donner un surcroît d'étendue à un mémoire déjà fort volumineux.

1) « La recommandation de soumettre la femme au chloroforme, dit M. Hyernaux, fait tout naturellement naître l'idée que l'opération est longue, pénible et douloureuse. Le forceps-scie qui demande, en général, cinq à dix minutes, au plus, n'exige pas cette précaution préliminaire, dont on ne peut jamais prévoir les conséquences. Un de mes anciens professeurs,

(1) *Traité des accouchements*, par M. L. Hyernaux. Bruxelles, 1866, p. 861.

praticien des plus experts et des plus justement estimés, avait chloroformé une dame pour lui enlever une tumeur du sein. Il était tout absorbé dans son opération, lorsque ses regards se portèrent sur la malade ; il opérait sur un cadavre. »

Telle est la première objection. Elle soulève deux questions : une question de principe et une question de fait. Parce qu'une femme soumise au chloroforme est morte subitement pendant qu'un chirurgien, *tout absorbé* dans son opération, lui enlevait une tumeur du sein, s'ensuit-il qu'il faille proscrire absolument l'anesthésie de la pratique des accouchements? Notre honorable confrère sait aussi bien que nous combien les accidents produits par ce moyen sont rares, en *obstétrique.* C'est à peine si l'on peut citer quelques exemples, même en Angleterre, où beaucoup de praticiens y ont cependant recours dans les accouchements les plus simples. Nous sommes loin d'approuver une semblable conduite, mais quand il s'agit d'un sujet très-sensible, pusillanime ou indocile, quand une manœuvre obstétricale peut, ne fût-ce qu'*éventuellement,* devenir plus ou moins longue, plus ou moins difficile, s'il n'existe d'ailleurs aucune contre-indication viscérale, nous n'hésitons pas à administrer le chloroforme avec la prudence et l'attention qui font éviter les accidents.

En fait, sur les vingt observations que nous rapportons, cet agent n'a été employé que trois fois, et nous pouvons affirmer qu'en général l'opération n'a été ni longue, ni pénible, ni douloureuse.

Bien que le col fût insuffisamment dilaté, puisque M. Hyernaux croyait que l'instrument ne pourrait pas être appliqué ; bien que la matrice, irritée par un long travail, fût, selon nous, dans un état de contraction permanente, la femme que nous avons délivrée à Saint-Jean (obs. XIII), sans le secours du chloroforme, n'a certainement pas plus souffert que dans une simple application de forceps ordinaire. L'opération, nous dit-on, a duré vingt-quatre minutes en tout ; mais elle dure ordinairement moins et il nous serait d'ailleurs facile d'emprunter à la pratique de M. Vanhuevel des faits où l'extraction seule a été bien plus pénible, bien plus douloureuse et où elle a exigé bien plus de temps.

2) « Pour transforer le crâne, dit M. Hyernaux, il est préférable qu'il

soit fixé dans le bassin ou tout au moins immobile au détroit supérieur. Or, on sait qu'en cas d'étroitesse pelvienne, la tête conserve ordinairement une grande mobilité, et, tandis que *deux doigts* suffisent pour l'application du forceps-scie, il sera, je pense, impossible d'introduire la *main* dans des bassins aussi rétrécis que ceux dont nous parlerons plus loin, pour y empoigner largement et immobiliser la tête, ainsi que M. Hubert en fait un précepte. Il est vrai que pour assurer la fixité du crâne et le refouler vers le centre du détroit abdominal, il charge des aides d'appuyer sur le fond de l'utérus en même temps que sur l'hypogastre. Cette pratique est sans doute excellente, mais une sensibilité anormale des parois du ventre ou de la matrice peut y mettre obstacle. »

Si nous saisissons bien la portée de ce raisonnement, il peut se résumer en deux mots : la perforation du crâne est difficile, parfois impossible, tandis que *deux doigts* suffisent pour l'application du forceps-scie.

Sur le premier point, le lecteur a pu voir dans le cours de ce mémoire que d'après MM. Hersent, Ordinaire, Lauth, P. Dubois, Chailly, Jacquemier et Cazeaux la perforation du crâne est une opération simple, facile et peu dangereuse. On sait, d'autre part, que M. Pajot la pratique dans les bassins les plus rétrécis et souvent avant la dilatation complète du col, c'est-à-dire lorsque la tête n'est pas encore engagée ni même fixée sur le détroit supérieur. Il la pratique avec les ciseaux de Blot et nous croyons qu'elle est plus facile avec le terebellum muni d'un poinçon.

Pour la rendre plus sûre, nous avons conseillé d'introduire quand on le peut (à l'impossible nul n'est tenu), toute la main dans le bassin et de disposer les mains d'un aide de manière à immobiliser le fœtus sur le détroit abdominal.

Ces conseils ne sont pas de nous, mais nous ne les considérons pas moins comme excellents et comme réalisables dans la très-grande majorité des cas. Nous n'en avons d'ailleurs fait ni un précepte rigoureux ni une condition *sine quâ non* de succès; nous avons pu nous dispenser de les suivre plus d'une fois, et précisément dans l'opération dont M. Hyernaux a été témoin. Notre honorable confrère qui conseille, lui aussi, de faire fixer

la tête par des aides lorsqu'on applique le forceps-scie (V. pp. 876 et 877 de son ouvrage), permettrait-il d'en conclure que la sensibilité anormale des parois du ventre ou de l'utérus constitue une contre-indication de la section du crâne? Évidemment non, et alors comment peut-il trouver pour nous une contre-indication, là où il n'en voit pas une pour lui?

Quant à l'application du forceps-scie, pour M. Hyernaux, c'est chose si facile que *deux doigts* y suffisent, même dans l'hypothèse où il se place d'une tête mobile au-dessus d'un bassin très-rétréci. Peu de praticiens, croyons-nous, seront de cet avis (1). Comme tout le monde, sans doute, M. Hyernaux introduit d'abord les cuillers de l'instrument au-devant des articulations sacro-iliaques, et nous le félicitons s'il peut toujours, avec *deux doigts,* aller écarter sûrement la paroi postéro-latérale de l'orifice utérin, mais à ceux qui n'ont pas les doigts aussi longs et surtout aux débutants qui n'ont pas la dextérité du maître, nous conseillons d'introduire la main jusqu'à la racine du pouce et même d'y adjoindre celui-ci quand la chose se peut. Nous pensons que s'ils négligent cette précaution, dans le cas supposé d'une tête encore mobile au-dessus d'un bassin trop étroit, ils s'exposent grandement à échouer et à produire des accidents. M. Hyernaux lui-même ne se contente d'ailleurs pas toujours d'introduire deux doigts et nous l'avons vu, M. Wasseige et moi, porter toute la main dans le bassin pour y guider successivement les deux branches du forceps-scie.

3) « Le terebellum, dit M. Hyernaux, est un instrument droit dans toute son étendue; comme tel, son extrémité se dirige *invariablement* vers la paroi postérieure du bassin, etc. »

Une tige droite ne peut sans doute pas se placer exactement *dans* l'axe du détroit supérieur; le périnée s'y oppose : mais elle peut fort bien prendre une direction *parallèle* à cet axe et même s'incliner plus en arrière et en bas. Prenons un levier droit ou à très-légère courbure, tel que celui de M. Coppée, et reportons-en le manche fortement vers l'anus

(1) V. en particulier, l'opinion de P. Dubois. *Traité d'accouchements*, par CHAILLY. Paris, 1853, p. 453.

pour en introduire la lame derrière les pubis ; il est évident qu'au moment où le bec correspond à la circonférence de la tête, qu'il va dépasser, l'axe de l'instrument est beaucoup plus incliné en arrière et en bas que l'axe du détroit supérieur lui-même.

On peut, à peu de chose près, donner la même direction au terebellum, surtout si la femme est couchée sur le flanc. Cette position, dont les Anglais tirent souvent parti et dont nous avons signalé les avantages dans certains cas particuliers (1), n'est pas aussi incommode que M. Hyernaux le suppose ; elle n'est nécessaire que pendant quelques instants et le retard qu'elle occasionne est vraiment insignifiant. Elle n'est d'ailleurs de rigueur que dans le cas d'inclinaison exagérée du bassin ou de déviation considérable de la tête du fœtus, et, en somme, nous n'y avons eu recours que deux fois.

4) « Attaquer le sphénoïde est le point capital ; c'est la condition *sine quâ non* d'où dépend le succès de la méthode de M. Hubert. Aussi faut-il absolument que la branche protectrice s'enfonce profondément du côté de la face ou de la tempe. Or, comme cette branche ne peut s'appliquer qu'*en arrière, diagonalement,* il est de toute *nécessité* que la face soit dirigée aussi de ce côté ; sans cela, le terebellum qui suit une ligne droite d'avant en arrière, n'a aucune chance de rencontrer, à la fin de son parcours, la *base* du sphénoïde. »

Nous regrettons de devoir le dire, il y a ici autant d'erreurs que de phrases : 1° Le terebellum, nous venons de le démontrer, ne se dirige pas *invariablement* en arrière ; 2° La branche protectrice peut se placer ailleurs que *diagonalement en arrière ;* elle peut être ramenée sur le côté du bassin et quelquefois même obliquement en avant, comme la lame d'un levier ; 3° S'il importe que le sphénoïde soit attaqué, ce n'est pourtant pas une condition *sine quâ non* que la *base* en soit perforée et le fait que M. Hyernaux cite suffirait à lui seul pour le prouver. « *Le corps du sphénoïde et la selle turcique ne portaient pas la moindre trace de l'instrument ;* ses deux ailes et le rocher du côté droit étaient seuls brisés, c'est

(1) *De la position à donner à la femme dans les accouchements.* (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1854).

notre honorable confrère qui nous le dit lui-même, et cependant depuis l'occiput jusqu'aux pommettes, c'est-à-dire dans les neuf dixièmes de son étendue, la tête se trouvait démolie au point que la seule pression des doigts suffisait pour l'aplatir complétement et pour appliquer les os pariétaux l'un contre l'autre.

Il en était de même dans l'observation de M. Wasseige (obs. XIV) et dans quelques-unes de celles qui nous sont propres, sans compter nos expériences sur le cadavre. N'est-il pas étonnant que M. Hyernaux, témoin du fait qu'il rapporte dans tous ses détails, n'ait point été frappé de ce résultat!

« Est-il bien facile de reconnaître le sphénoïde en sondant à l'aide du terebellum, la cavité crânienne. L'honorable M. Hubert dit qu'avec un peu d'exercice on y arrive sans peine. »

On peut voir par l'observation XVI que M. Wasseige affirme la même chose. Quant au fait que M. Hyernaux veut opposer à notre assertion, il ne prouve absolument rien contre elle, car nous savions parfaitement où se trouvait le sphénoïde, et si nous n'en avons pas atteint la *base,* c'est que l'état de contraction spasmodique de l'utérus ne nous a pas permis de ramener la branche protectrice en plein sur la face, comme nous l'aurions fait dans d'autres conditions. Nous savions si bien où le sphénoïde se trouvait, que nos quatre (et non cinq ou six) perforations ont toutes été pratiquées du même côté, et que si l'instrument a ensuite été dirigé à gauche dans le sens de l'occiput, ce fut dans la pensée qu'une flexion plus exacte de la tête pourrait en faciliter l'extraction; ce qui eut effectivement lieu. Nous le répétons donc, avec M. Wasseige, la *recherche de la position exacte du trou occipital,* et de la gouttière basilaire, qu'*on pourrait considérer, à première vue, comme difficile, est en réalité de la plus grande simplicité. Tout accoucheur peut aisément s'en convaincre par un seul essai.* Il n'est pas plus difficile de savoir si le trou qu'on va pratiquer ou qu'on vient de pratiquer intéresse un os mince de la région postérieure ou un os épais de la région antérieure du crâne : l'instrument lui-même nous l'apprend. Ces moyens de diagnostic n'excluent d'ailleurs en aucune façon les ressources qui nous sont fournies par le

toucher et par l'examen du ventre relativement à la position de l'enfant.

« De ce qui précède, dit M. Hyernaux, je suis porté à conclure que la sphénotrésie n'est réellement praticable que dans les positions occipito-antérieures engagées, ou tout au moins bien fixées au détroit supérieur; qu'elle cesse de l'être dans l'acception rigoureuse de sa dénomination, toutes les fois que la face est en avant, ce qui n'est certainement pas très-rare; qu'elle sera impossible, surtout dans les vices du bassin caractérisés par un aplatissement bi-transversal, avec élongation dans le sens antéro-postérieur et que l'occiput du fœtus sera dirigé en arrière. »

En démontrant les erreurs de *ce qui précède,* ou des prémisses posées par M. Hyernaux, nous avons renversé du même coup ses conclusions, et en bonne logique nous serions autorisés à passer outre, si nous y tenions : 1° Il n'est pas nécessaire que la tête soit engagée ou bien fixée, par elle-même, pour qu'on puisse la transforer. M. Hyernaux sait, comme nous, que M. Pajot pratique la perforation dès que le col de la matrice permet le passage des ciseaux de Blot, c'est-à-dire bien avant l'engagement du crâne. Nous n'opérons pas si tôt, mais nos observations prouvent que nous n'avons pas toujours eu la chance de rencontrer des têtes clouées sur le bassin et cependant, nous pouvons l'affirmer, depuis que le terebellum est surmonté d'un poinçon, la perforation ne nous a jamais offert la moindre difficulté. Cette perforation faite, la mobilité de la tête, loin de gêner, facilite l'introduction de la branche protectrice, qui lui donne alors une fixité suffisante pour la perforation de la base, et c'est là un avantage que ne présente pas le forceps-scie; 2° Il n'est pas nécessaire non plus que la face soit dirigée en arrière. Elle était dirigée obliquement en avant dans notre neuvième observation, et l'opération n'en a été ni plus difficile ni moins efficace. Il en a été de même dans la douzième, où le perforateur enfoncé dans le voisinage de la grande fontanelle, alla presque tomber de lui-même sur la gouttière basilaire. Il en a été de même encore dans la dixième, où la face se trouvait aussi en avant, avec cette différence qu'ici la tête était en partie défléchie et que la *mobilité* dont elle jouissait nous permit sans peine de l'étendre assez pour implanter l'instrument dans l'orbite gauche et lui faire traverser, du même coup, le sphénoïde.

En supposant le cas excessivement rare (tellement rare que nous ne l'avons pas rencontré dans une pratique de trente-cinq ans) d'un bassin aplati transversalement et d'une tête en position postérieure directe, nous ne voyons pas bien pourquoi nous ne pourrions pas appliquer notre branche protectrice, unique, vers l'une des extrémités du diamètre bis-iliaque, là où M. Hyernaux suppose qu'il pourra placer les deux branches du forceps-scie aux deux extrémités de ce même diamètre!

Les positions inclinées de la tête, les variétés pariétales sont-elles des conditions d'insuccès? L'observation de M. Wasseige répond à cette question et la résout par la négative. M. Hyernaux lui-même semble d'ailleurs admettre la possibilité de régulariser la position à l'aide de l'instrument, et nous ajoutons que la main peut souvent faire la même chose, avant l'introduction du terebellum. Que si l'on suppose l'inclinaison portée au plus haut degré et le crâne tout à fait fixe, le forceps-scie est également exposé à n'en enlever que la voûte. L'extraction sera probablement difficile dans les deux cas, mais, si nous ne nous trompons, elle sera plus dangereuse si elle doit s'opérer avec des pinces appliquées sur des os à bords tranchants, et sujettes à glisser que si elle s'effectue au moyen d'une pince fixe et pendant que le cuir chevelu protège les organes maternels.

Dans cette dernière hypothèse, on peut d'ailleurs alterner les tentatives d'extraction avec de nouvelles perforations et attaquer pour ainsi dire les difficultés à mesure qu'elles se présentent. La tête sciée, il faut en enlever les segments, coûte que coûte; lorsqu'elle n'est que transforée, si son extraction rencontre des résistances un peu vives, on peut attendre qu'elle se moule dans le bassin, qu'elle prenne une position plus favorable, qui nous permettra, s'il en est besoin, d'atteindre d'autres points, de les démolir à leur tour et de les amener sans effort et sans danger, puisqu'ils continuent à être recouverts d'une enveloppe protectrice.

Des diverses conclusions de M. Hyernaux, il n'en est donc qu'une que nous puissions admettre, c'est que le transforateur n'est pas applicable aux présentations des épaules et du cou. Il le sera peut-être un jour. Le forceps-scie l'est-il toujours?

5) « M. Hubert pratique trois, quatre et même cinq trous; nous lui en

avons vu faire six, et l'on pourrait en pratiquer un plus grand nombre, disait-il. »

Il y a ici une petite erreur que nous avons déjà rectifiée; mais nous concédons les six trous et même davantage si l'on veut, car nous en faisons autant que de besoin. Nous agissons comme M. le professeur Pajot qui répète les broiements jusqu'à ce que son but soit atteint, avec cette différence que le terebellum restant en place, les perforations se font plus vite, plus facilement, avec plus de sécurité que les broiements successifs et que, dans la plupart des cas, elles peuvent se pratiquer en nombre tel qu'une seule séance suffise.

M. Hyernaux est disposé à croire que quand on en a fait deux, une à droite et l'autre à gauche du sacrum, on a obtenu tout ce que la perforation peut donner; en faire plus, serait presque toujours inutile. « En effet, dans les conditions où l'on se trouve d'un bassin rétréci, il est impossible de modifier beaucoup le lieu d'application de l'instrument, et comme les deux branches doivent marcher parallèlement, il est évident que si la protectrice ne peut subir un changement notable, dans sa position, aussi longtemps qu'on la laisse vers la *symphyse sacro-iliaque,* l'autre retombera toujours dans ses premières traces. »

Ce raisonnement repose tout entier sur une erreur que nous avons déjà eu l'occasion de signaler : à savoir que la branche protectrice reste *invariablement* fixe au *devant de l'articulation sacro-iliaque.* Or, cette branche étant beaucoup plus étroite que celles du forceps-scie, nous demandons à M. Hyernaux pourquoi elle ne pourrait pas, comme celles-ci, se ramener sur le côté du bassin? Il est vrai que dans le fait dont il a été témoin, nous avons dû la laisser en arrière, non à cause du vice du bassin, mais (nous le maintenons), à cause de l'état de l'utérus. Eh bien! malgré cela, le bec de la cuiller a pu se dévier suffisamment à droite et à gauche, pour que deux perforations très-distinctes aient été pratiquées, l'une à travers le rocher, l'autre à travers les ailes du sphénoïde. M. Hyernaux ne nous démentira pas, puisqu'il a eu les pièces en main. Il a, d'une autre part, trop de sagacité pour ne pas comprendre qu'une seconde perforation, même en se confondant en partie avec la première, peut en augmenter les

effets soit en multipliant les fractures, soit en les étendant davantage.

Nous croyons donc fermement que s'il suffit d'en pratiquer une seule du côté de l'occiput (1), il convient d'en faire plusieurs du côté de la face, en tenant compte des résistances que l'instrument rencontre et du degré de disproportion qui peut exister entre la tête et le bassin.

6) « Les expériences sur le bassin sec démontrent-elles, d'une manière rigoureuse, la valeur d'un procédé? Évidemment non, car là on agit à ciel ouvert, et il n'y a ni parties molles, ni périnée, de sorte que l'instrument peut prendre à peu près telle direction que l'on veut. »

Nous sommes complétement d'accord.

« Mais M. Hubert n'a pas que des expériences; il possède aussi plusieurs faits cliniques. Nous les acceptons volontiers; seulement il serait curieux de connaître, ce qu'il nous apprendra sans doute un jour, le degré d'étroitesse à laquelle il avait affaire, *suivant quelle méthode elle a été évaluée,* et de savoir ensuite si la sphénotrésie est praticable, combien de temps elle a duré, ou si elle a jamais été exécutée et suivie de succès sur une femme dont l'aplatissement du bassin ne laissait, avec rétrécissement proportionnel des autres diamètres que 45 millimètres d'ouverture à la ligne sacro-pubienne, succès que nous donne, en moins de quelques minutes, le forceps-scie, ainsi que nous en rapporterons des exemples. »

Nos observations répondent, croyons-nous, d'une manière positive, aux désirs exprimés ci-dessus. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. Nous parvenons à extraire des têtes ordinaires d'un bassin sec réduit à 4 centimètres, mais nous n'avons pas rencontré jusqu'ici sur le vivant un bassin de 45 millimètres et nous ne pouvons ni ne voulons par conséquent affirmer que la sphénotrésie suffirait à cette limite (2). M. Hyernaux peut-il affirmer que *dans tous les cas* et *quelle que soit la présentation,* le forceps-scie lui permettra d'opérer l'extraction (en moins ou en plus de quelques minutes), lorsque le bassin n'offre que 4 1/2 centimètres? S'il en

(1) Dans les cas de vice extrême, il est cependant bon d'en faire deux ou trois du côté de l'occiput et d'atteindre l'apophyse mastoïde.

(2) L'un des diamètres n'offrait cependant que 47 millimètres et l'espace sacro-cotyloïdien était réduit à 25 millimètres dans l'observation XV.

est ainsi, nous le félicitons bien sincèrement, car, sauf dans le cas d'issue du tronc, d'immaturité ou de putréfaction du fœtus, M. Vanhuevel lui-même reconnaissait l'insuffisance de son instrument du moment qu'un diamètre pelvien quelconque offrait moins de 54 à 55 millimètres (2 p.) d'étendue.

« Je ne laisserai pas ignorer, dit notre savant confrère, que M. Hubert possède le squelette d'une femme décédée à l'hôpital de Louvain, et qu'il avait délivrée facilement, à l'aide de son procédé, quatre ans auparavant. En autopsiant cette femme, notre honorable confrère découvrit que son bassin ne mesurait, suivant la ligne sacro-cotyloïdienne gauche, que 35 millimètres ; mais d'avant en arrière et du côté droit les dimensions étaient plus grandes (V. obs. VII). »

« Ce fait prouve-t-il irrévocablement la possibilité d'extraire un enfant à terme par une filière si étroite?

« Je ne pense pas, car ne peut-on pas se dire et supposer avec quelque raison que la viciation constatée au moment de la nécropsie n'existait pas au même degré *quatre ans* auparavant? Est-ce que l'affection osseuse n'avait pas donné lieu à un rétrécissement progressif? Peut-être bien surtout que de pareils exemples ne sont pas excessivement rares... Au surplus, dans le fait de M. Hubert, le bassin avait plus d'ampleur d'un côté que de l'autre. »

M. Hyernaux, qui nous demandait tantôt comment nous procédons à la mensuration du bassin (1), suppose maintenant que nous avons confondu *sur le vivant et sur le squelette,* l'ostéomalacie avec le rachitisme. Cette

(1) Nous mesurons ordinairement le bassin au moyen des doigts et du pelvimètre de M. Vanhuevel. Nous ne savons pas si M. Hyernaux a des moyens plus sûrs. Nous ne nous croyons pourtant pas infaillible, et sauf les cas où l'autopsie nous a permis une mensuration exacte, nous reconnaissons la possibilité de quelque erreur de notre part. Nous pourrions citer une foule d'exemples fameux et démontrer qu'il est arrivé aux plus grands accoucheurs de se tromper dans la mensuration du bassin : nous n'aurions donc pas à rougir si nous avions à confesser quelque erreur sous ce rapport. M. Hyernaux qui se méfie de nos mensurations est-il toujours bien sûr des siennes et pourrait-il nous expliquer comment le bassin de Sophie D..., évalué à 61 millimètres lors de son premier accouchement, n'en présente plus que 45 à son second? (V. *Presse médicale belge*, 1856, p. 191 et *Traité d'accouchements* de M. Hyernaux, 1866, p. 892). Sophie D... était-elle atteinte d'ostéomalacie, et, sinon, comment notre confrère a-t-il pu trouver deux mesures si différentes pour le même bassin?

supposition, nous l'avouons, nous a froissé et ce n'est pas sans quelque répugnance que nous y répondons. Heureusement, il nous est facile de démontrer péremptoirement que si elle est peu flatteuse pour nous, elle est aussi toute gratuite.

1) C'est en *mai* 1864 que nous avons délivré la Tosseyn, et elle est morte de pneumonie en *décembre* 1865, 19 *mois* après ses couches. Elle n'a donc pas survécu *quatre ans* à son accouchement, comme M. Hyernaux l'avance.

2) Elle n'avait pas eu d'autre enfant, et l'on sait que l'ostéomalacie se manifeste rarement à la première grossesse.

3) Dans le cours de cette grossesse unique, pendant et après son accouchement, elle n'a jamais accusé aucune douleur dans un point quelconque du squelette.

4) Elle était bossue, tortue *depuis sa première enfance;* elle n'avait jamais marché qu'avec un béquillard et sa taille était de $1^{m},05$ lors de son accouchement comme à sa mort.

Nous le demandons, sont-ce là la marche et les effets de l'ostéomalacie?

Quant au squelette, nous nous bornons à affirmer qu'il présente tous les caractères du rachitisme. Nous le tenons d'ailleurs à la disposition de M. Hyernaux, et comme nous ne lui faisons pas l'injure de croire qu'il puisse confondre un bassin rachitique avec un bassin ostéomalacique, nous nous en rapporterons à son propre jugement. Le fait dont il s'agit a donc bien réellement la signification que nous lui avons donnée et que tous les frais d'imagination possibles ne sauraient lui enlever.

Notre habile confrère ajoute : « Comme M. Hubert n'opère jamais qu'après la mort du fœtus, il conviendra que la décomposition, le ramollissement du crâne et la disjonction des os sont des phénomènes assez rapides à se produire. Au point de vue de son procédé, c'est là un avantage, mais qui ne compense pas, à mon avis, les dangers qu'une longue et douloureuse attente fait courir à la mère. »

Là où il se trouve placé, ce paragraphe laisse entendre que si le bassin de la Tosseyn était rachitique et réduit, lors de l'accouchement, aux dimensions que nous avons indiquées, nous n'avons guère pu réussir que grâce

à la décomposition du fœtus et à la disjonction des os du crâne. Eh bien, cette hypothèse n'est ni plus heureuse ni mieux fondée que les précédentes. La rupture du cordon ombilical ne laissant aucun doute sur la mort du produit, nous avons pu pratiquer la transforation de la tête trois heures après l'écoulement des eaux et lorsque le petit cadavre n'offrait encore aucun signe de décomposition. Voilà pour le fait spécial. Relativement au moment d'agir, nous devons faire remarquer à l'honorable M. Hyernaux que si nous ne croyons pas pouvoir porter un instrument meurtrier sur l'enfant vivant, et si nous nous trouvons quelquefois dans la triste nécessité d'attendre qu'il ait succombé, nous n'attendons pas, pas plus que lui, qu'il soit putréfié. Nous n'avons donc la chance d'opérer sur une tête ramollie, et démolie par la disjonction des os, que quand nous ne sommes pas appelé à temps ou quand l'état des parties ne permet pas d'agir plus tôt. N'en est-il pas de même alors pour le forceps-scie?

Si l'état des parties permet l'application de ce dernier sur l'enfant vivant, il permettra *a fortiori* et il indiquera l'emploi du transforateur *immédiatement* après la mort. Or, au point de vue où nous nous plaçons, c'est-à-dire au point de vue de la facilité de l'extraction, nous ne voyons pas bien quelle différence il y a entre opérer sur un fœtus qui vit ou sur un fœtus qui vient de mourir. Si, au contraire, la putréfaction existe ou si les circonstances nous forcent à l'attendre, les conditions sont encore les mêmes pour les deux instruments, à moins que M. Hyernaux ne veuille dire que la putréfaction existant, la sphénotrésie est préférable au sciage du crâne, concession que nous accueillerions volontiers, mais qui n'est probablement pas dans sa pensée (1).

(1) Quant à la question du fœticide médical, les Académies de médecine de Paris et de Bruxelles en ont laissé la solution à la conscience des praticiens, et comme Académies de médecine elles ne pouvaient faire mieux. Nous n'avons nullement l'envie de soulever de nouveau cette question et moins encore de la discuter ici.

Nous dirons seulement, puisque l'occasion s'en présente, que M. Verrier se trompe lorsque, comparant le céphalotribe au forceps-scie, il attribue à celui-ci l'avantage de couper sûrement le nœud vital, « *ce qu'on ne peut dire dans tous les cas avec le céphalotribe. J'ai vu plusieurs fois l'accoucheur être obligé de détruire le bulbe rachidien après la céphalotripsie, l'enfant venant avec une tête dont la voûte a été brisée et donnant encore cependant quelques signes de vie; j'en sais un qui a vécu une heure et demie de la sorte, spectacle horrible, s'il en fut,*

« 7° M. Hyernaux revient ici sur le fait dont il a été témoin à l'hôpital Saint-Jean (v. obs. XIII), et qu'il interprète à sa manière. Selon lui, c'est le bassin seul qui a fait obstacle à l'extraction; selon nous, c'est surtout l'état de l'utérus et de son col. Nous avons déjà exposé les motifs de notre opinion; nous allons les résumer en laissant au lecteur le soin de juger. »

1) Dès la veille déjà, M. Hyernaux nous avait fait l'honneur de nous appeler à Bruxelles. Il croyait donc que l'état des organes nous permettrait de terminer à notre arrivée, et cependant le lendemain après-midi, lorsque nous sommes près de la femme, et qu'il a pratiqué le toucher, il nous dit : *il reste trop de col, vous ne pourrez pas appliquer votre instrument,* et, en effet, cet organe est tendu, ferme et ne présente qu'environ 5 1/2 à 6 centimètres d'ouverture.

Dans les conditions ordinaires, est-ce dans cet état qu'il se serait trouvé vingt-quatre heures après le moment où l'on avait cru la délivrance possible? Nous ne le pensons pas; nous le pensons d'autant moins que tout l'utérus était en même temps résistant, nettement dessiné et qu'au lieu de contractions intermittentes, avec rémissions complètes, il offrait une tension continue (1).

2) La branche protectrice d'abord placée au devant de la symphyse sacro-iliaque droite s'y trouva tellement fixée que nous ne pûmes la ramener sur le côté du bassin, et que ce ne fut pas même sans rencontrer une résistance assez vive que nous parvînmes à modifier suffisamment la direction de son bec pour pratiquer deux trous distincts l'un de l'autre. Lorsque nous voulûmes ensuite retirer cette branche, nous fûmes également frappé de l'obstacle qui nous était opposé; enfin quand elle se trouva

*aux yeux de la famille et bien fait pour discréditer le céphalotribe et malheureusement aussi celui qui l'applique.*

« *On comprend que les praticiens auxquels pareille chose survient ne s'empressent pas de la publier; ils achèvent en silence de détruire le reste de vie qui peut encore animer le fœtus.* » (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 443.) Nous pouvons affirmer à M. Verrier que le même spectacle s'offre parfois après la section du crâne et qu'on a même profité de la vie qui restait au fœtus pour étudier les mouvements du cœur.

(1) A la maternité de Louvain, nous n'aurions certes pas opéré dans ces conditions là, et nous regrettons de l'avoir fait à Bruxelles, mais nous n'avions qu'une heure devant nous, et nous ne voulions pas reculer devant le cas qui nous était offert.

reportée au devant de l'articulation sacro-iliaque gauche, force nous fut encore de l'y laisser, l'état de l'utérus ne permettant pas de la ramener plus en avant, ni par le mouvement spiral de M^me^ Lachapelle, ni par le mouvement de scie de Levret. Nous ne savons si M. Hyernaux a jamais rencontré ces résistances lorsque le segment inférieur de l'utérus se trouvait convenablement assoupli ; quant à nous, nous ne les avons constatées que dans le cas de spasme utérin ou de rétraction insolite.

3) M. Hyernaux suppose que si la résistance n'avait pas été opposée par le bassin, le col de la matrice se serait laissé entraîner par les tractions et abaisser avec la tête, au moins jusqu'au fond du bassin, comme on le voit fort souvent lorsqu'on applique le forceps trop tôt avant la dilatation complète du col.

Nous croyons que notre savant confrère confond ici ce qu'on observe dans les conditions normales du col et du segment inférieur de l'utérus avec ce qui a lieu dans le cas de rétraction permanente de ces mêmes parties. Dans les circonstances ordinaires, lorsqu'on pratique la version podalique, l'utérus, même après l'écoulement des eaux, se laisse encore généralement assez distendre ou *allonger* transversalement pour permettre l'évolution du fœtus, mais M. Hyernaux sait aussi bien que nous quelle résistance, parfois invincible, l'organe oppose à nos efforts, lorsqu'il est affecté de spasme et comme moulé sur son contenu.

De même dans les conditions physiologiques, lorsqu'on applique le forceps un peu prématurément, le segment inférieur de la matrice et le col se laissent allonger et l'instrument descend embrassé par l'orifice utérin qu'il faut soutenir ou refouler avec les doigts; mais en est-il de même quand tout l'organe se trouve dans une sorte d'état tétanique? Nous prions M. Hyernaux de revoir ce que M. Vanhuevel a écrit sur ce sujet (1), et de relire ses observations, spécialement la première (2) et la septième (3). Il y verra toute l'influence que cet habile praticien attribuait au spasme du

(1) *Encyclographie des sciences médicales*, t. CCXVIII, pp. 59, 62, 66 et t. CCXIX, pp. 112, 114. V. aussi MARINUS. *Op. cit.*, pp. 264, 269, 276, 279, et FEIGNEAUX. *Observations, etc.*

(2) *Encyclographie*, t. CCXIX.

(3) *Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 269. V. aussi la 30^e^ observ. *Ibid.*, p. 274.

segment inférieur de l'utérus et toute l'importance qu'il attachait à son assouplissement complet au moment de l'opération; il y verra que dans la plupart des cas où l'extraction des segments de la tête a offert des difficultés, celles-ci ont été occasionnées par la rétraction spasmodique de l'utérus. plutôt que par l'étroitesse du bassin. Il en a été de même dans notre treizième observation et, en maintenant cette opinion, nous sommes heureux de pouvoir nous abriter sous l'autorité d'un maître tel que M. Vanhuevel.

Les passages que nous reproduisons ci-dessous (1) prouvent que, pour M. Marinus comme pour M. Vanhuevel, il ne suffit pas que la dispropor-

(1) « L'obstacle que l'on rencontre quelquefois à la sortie des segments provient plutôt du resserrement de la partie inférieure de la matrice que du bassin, quand son étroitesse ne s'étend pas trop loin. Le premier morceau étant extrait, et d'habitude sans peine, on conçoit le vide laissé derrière le morceau antérieur, qu'on peut diriger alors vers le sacrum en l'éloignant du pubis qui l'arrêtait auparavant. En outre, ce dernier morceau, susceptible d'être déformé par les tractions et le mouvement de rotation qu'on lui fait subir, est ordinairement *en dessous des dimensions du bassin vicié*. C'est donc la matrice, *moulée sur le corps de l'enfant* qui résisterait le plus à sa sortie (*Encyclographie*, t. CCXIX, p. 112.) Peut-on être plus explicite, et cette remarque judicieuse ne s'applique-t-elle pas exactement à notre 13e observation, où la tête était sinon réduite du moins si réductible qu'elle se serait laissé facilement aplatir et abaisser, au moins dans les neuf dixièmes de son étendue, si elle n'avait été arrêtée que par le bassin?

Parmi les préceptes posés par M. Vanhuevel, figure celui-ci : Ne point chercher à faire l'extraction du fœtus, à moins d'urgence, avant la *dilatation du col et l'assouplissement* complet du segment inférieur de la matrice.

Si cet organe est dans un état d'éréthisme inflammatoire, tâcher d'en calmer l'irritation par la saignée, les bains tièdes, les injections, les calmants, les anesthésiques (t. CCXVIII, p. 59).

Il attache tant d'importance à cet état d'éréthisme utérin qu'il y revient un peu plus loin (p. 66). » Avant de commencer l'opération, dit-il, qu'on s'assure si le segment inférieur de la matrice est suffisamment assoupli et dilaté; *sinon la section crânienne serait prématurée*, à moins qu'on ne la fît pour favoriser l'issue du cerveau, l'aplatissement de la tête et la dilatation du col. Il ajoute en note : « La résistance que le segment inférieur de la matrice peut opposer est *plus puissante et plus commune* qu'on ne se l'imagine. Dans un but de conservation du fœtus, j'ai appliqué plus d'une fois, avant le temps, le forceps ordinaire chez des *femmes bien conformées*, pour une chute de cordon ombilical irréductible avec présentation du sommet. Quoique l'orifice fût assez ouvert pour admettre l'instrument, je ne pus extraire la tête, malgré mes *tractions les plus fortes et les mieux soutenues*. Il fallut dégager les cuillers et attendre. Après quelques heures de travail, l'accouchement se terminait par les seules forces de la nature.

« Avant de faire la section du crâne et surtout l'extraction de ses débris, dit M. Marinus (*Encyclographie*, t. CCXXXII, p. 276), il faut, comme on a pu le voir *dans plusieurs de nos observations*, que le col soit assez assoupli pour permettre le passage de l'enfant. Il est vraiment étonnant, et il faut l'avoir observé pour s'en faire une idée, combien le segment inférieur de la matrice peut opposer de résistance aux plus grands efforts. »

tion entre la tête et le bassin n'existe pas ou n'existe plus, il faut encore, pour pouvoir entraîner l'enfant, avec le col ou à travers le col, que le segment inférieur de l'utérus présente un assouplissement qu'il ne présente pas toujours et qu'il ne présentait pas dans le fait dont M. Hyernaux a été témoin (1).

A défaut de cet assouplissement, l'extraction peut être plus ou moins difficile, comme dans le fait dont il s'agit; elle peut être impossible momentanément, comme dans la septième observation, ou définitivement, comme dans la trentième observation de M. Vanhuevel (2) et dans la septième de M. Hyernaux (3).

M. Hyernaux suppose que les difficultés de l'extraction doivent se rencontrer dans la plupart sinon dans la totalité des cas, et voici les raisons qu'il en donne.

« Lorsqu'on aura perforé le sphénoïde tout entier, brisé les rochers, démoli, en un mot, la base du crâne, les os de la voûte seront privés de soutien; ils s'affaisseront, et la tête, comprimée d'un point à un autre, n'aura, pour ainsi dire, plus d'épaisseur; cela est incontestable. De pareils avantages sont très-grands; mais s'ensuit-il qu'ils donneront infailliblement lieu à une extraction facile à l'aide du sphénotrypteur agissant comme pince? Trois considérations nous laissent un peu dans la réserve :

*A.* « Il est à remarquer que la tête est embrochée et non pas circulairement pressée comme dans un forceps; d'autre part, l'instrument est appliqué d'avant en arrière et les tractions qu'on y exerce attirent inévitablement le crâne contre le rebord pubien. Il en résulte que la moindre résistance qu'elle rencontrera — qu'elle vienne des pubis, du segment inférieur de l'utérus ou du col — cette tête s'arrêtera; les fragments vont alors se masser les uns sur les autres, et, ainsi réunis, ils peuvent constituer *au devant* du terebellum un volume tel que leur descente soit impossible. Le forceps, qui embrasse extérieurement le crâne, expose

(1) *Il y a trop de col, vous ne pourrez appliquer votre instrument*, me disait l'honorable confrère, quelques minutes avant l'opération.

(2) *Encyclographie des sciences médicales*, t. CCXIX, p. 115 et t. CCXXXII, pp. 269, 274.

(3) *Presse médicale belge*, 1856, p. 198.

moins à ce contretemps, parce que la portion saisie tend plutôt à s'allonger dans l'intervalle des cuillers. »

Sans admettre, comme notre honorable confrère le suppose toujours, que la branche protectrice reste *invariablement* en arrière, nous convenons que, lors même qu'elle est ramenée vers l'extrémité du diamètre bis-iliaque, les tractions n'ont pas exactement la direction de l'axe du détroit supérieur et que cet inconvénient est un peu plus prononcé ici que quand on emploie le forceps ordinaire ou le forceps-scie. Il ne nous en coûte jamais de reconnaître une vérité. Nous admettons donc qu'aussi longtemps que le détroit supérieur n'est pas franchi, nos tractions ont une direction trop oblique en avant, mais s'ensuit-il qu'elles aient pour effet de tasser les os les uns sur les autres et d'augmenter ainsi le volume de la portion de la tête située *au devant* du terebellum? Nous avouons ne pas bien comprendre un semblable effet, car si les os situés en arrière du terebellum peuvent s'affaisser et s'aplatir au point de venir se mettre en contact avec lui, ils ne peuvent au moins franchir la barrière qu'il leur oppose pour se tasser *au devant* de lui. Voici, en réalité, ce que les expériences sur le cadavre permettent de constater. Lorsque, après avoir perforé la voûte du crâne, bien broyé le cerveau et brisé l'un des rochers et les ailes du sphénoïde (nous supposons même le corps de cet os intact), vous fermez la pince et vous exercez des tractions, que se passe-t-il? La pulpe cérébrale s'échappe d'abord par l'ouverture de la voûte et souvent par celles de la base. Pourquoi? Parce que la tête se trouve comprimée à la fois contre les pubis et contre le promontoire. Qu'arrive-t-il ensuite? La moitié postérieure du crâne, celle qui est démolie, se laisse déprimer, aplatir; ce qui permet à la moitié antérieure de se reporter, *avec la tige du terebellum* (1), un peu plus en arrière et de franchir le détroit, sans se déformer notablement quand le rétrécissement n'est pas extrême. Au cas contraire, les efforts utérins ou les tractions de l'opérateur produisent

(1) A mesure que la moitié postérieure du crâne s'aplatit et que la résistance diminue en arrière, les deux branches de l'instrument tendent à pivoter vers le diamètre transverse du détroit supérieur, comme elles se ramènent pour ainsi dire d'elles-mêmes vers le diamètre antéro-postérieur, au détroit périnéal.

l'aplatissement de l'os pariétal *antérieur* lui-même et si quelque résistance peut encore être opposée, ce n'est plus que par le diamètre bi-malaire. Celui-ci, et c'est vraiment le seul qui reste, offre souvent encore 50 à 55 millimètres, comme dans le cas que M. Hyernaux a vu, mais en supposant qu'il rencontre un diamètre pelvien de même dimension, il élude le plus souvent l'obstacle par un mouvement de pivot ou bien il le franchit en s'y engageant obliquement par une de ses extrémités. Que si la résistance persistait, un ou deux nouveaux trous pratiqués du côté de la face la feraient disparaître. L'instrument est resté en place, c'est chose facile et prompte autant que rarement nécessaire.

Une fois le détroit supérieur franchi, il suffit de consulter les résistances, de suivre en quelque sorte les mouvements qu'elles impriment à la tête pour amener celle-ci au dehors sans peine et sans danger.

Sous le rapport de l'extraction, notre pince, dit-on, est moins favorable que le forceps, parce que, au lieu d'embrasser la tête comme ce dernier, elle ne fait que l'embrocher.

Nous le reconnaissons, elle agit plutôt comme un crochet que comme un instrument de compression et de réduction directe. On pourrait donc se demander si, après la transforation, il ne vaudrait pas mieux recourir à un forceps compresseur comme celui de M. Guyon ou celui des frères Lollini. Mais, d'abord, il faudrait un instrument de plus et une opération en plus. Or, dans l'hypothèse d'une tête, peut-être encore mobile au-dessus d'un bassin très-étroit, le forceps ne s'applique pas toujours facilement, il se place le plus souvent dans le diamètre le plus long du canal et il allonge la tête dans le sens du plus court; si on veut ensuite le reporter dans le diamètre rétréci, il faut lui imprimer un mouvement de pivot que la déformation complète et les saillies du crâne peuvent rendre plus ou moins difficile et plus ou moins dangereux.

Lorsque, au contraire, l'extraction s'opère au moyen de notre pince, la tête se réduit exclusivement dans le sens du diamètre pelvien trop étroit et elle s'allonge librement là où il y a de l'espace; si elle doit pivoter, elle le fait d'elle-même et toujours dans le sens favorable, de manière à éviter les résistances, comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel.

Ce sont, il est vrai, les parties de la femme qui opèrent ici la réduction, mais, si la tête est bien démolie, cette réduction s'opère facilement et, en général, avec beaucoup moins de froissement que dans une application ordinaire de forceps.

*B.* « Quand il est monté, le transforateur ressemble à un arc tendu, dont la corde serait représentée par la tige perforatrice. A son plus grand degré d'ouverture, cet arc a 70 millimètres (2 p. 7 l.), épaisseur des pièces comprise. Or, ces 70 millimètres, surchargés de l'épaisseur des fragments situés et *tassés au devant* du terebellum, devront nécessairement franchir le détroit supérieur, *directement* ou tout au plus *un peu diagonalement*, sans cela la tête ne descendra pas. La tige perforatrice située *par nécessité derrière la symphyse pubienne,* pressera donc douloureusement contre le ligament triangulaire, et, partant, contre le col de la vessie, principalement dans le cas de forte réaction du périnée. »

L'arc formé par le transforateur sur lequel on exerce quelque traction présente, en réalité, non 70, mais 65 millimètres à son plus grand degré d'ouverture, et il faut effectivement y ajouter l'épaisseur du segment de la tête située en avant du terebellum. Mais nous l'avons dit déjà, ce segment, ordinairement constitué par une partie seulement du pariétal, se laisse bientôt aplatir et en supposant qu'il conservât 3 centimètres d'épaisseur, ce qui est beaucoup, l'instrument chargé représenterait un volume de 95 millimètres de diamètre.

De son côté, l'ovale formé par le forceps-scie offre un diamètre transverse de 75 millimètres *à vide*, mais, quand il embrasse la tête, il s'ouvre de manière que ses branches s'écartent de 95 millimètres au minimum, et souvent de 100 à 110 millimètres, selon le diamètre du crâne qui se trouve saisi. Et, cependant, l'instrument ainsi chargé doit aussi traverser la filière du bassin.

Il est vrai qu'au détroit supérieur le forceps-scie est en rapport avec le diamètre transverse, qui est généralement le plus long et que, d'après M. Hyernaux, notre instrument doit franchir le détroit supérieur *directement ou tout au plus un peu diagonalement.* Mais c'est là une erreur que nous avons signalée déjà plus d'une fois, car jamais il ne se place dans

le diamètre sacro-pubien; la branche protectrice peut s'introduire sur le côté du bassin, parfois même se ramener obliquement en avant, et en la supposant au devant de l'articulation sacro-iliaque, elle pivote vers le diamètre transverse lorsque les résistances l'exigent.

*C.* « Enfin, je signalerai, dit M. Hyernaux, une autre cause de difficulté ou d'insuccès, en rappelant que l'angle sous-pubien est d'autant moins haut que la symphyse pubienne est plus longue. Par conséquent, toutes les fois qu'il y aura barrure du bassin ou raccourcissement de la ligne coccy-pubienne, la pression et le frottement du terebellum en avant, de la tige protectrice en arrière, seront insupportables et dangereux, souvent même l'espace sous-pubien n'aura pas assez d'étendue pour laisser sortir l'instrument tout monté. »

M. Hyernaux oublie ici qu'au détroit inférieur et plus spécialement dans le cas de barrure, c'est le diamètre transverse qui se trouve le plus souvent et le plus fortement rétréci, et que, par conséquent, l'extraction de la tête sera plus souvent difficile ou impossible avec le forceps-scie dont les branches correspondent à ce diamètre, qu'avec notre instrument qui se dirige, lui, vers le coccy-pubien. Dans notre observation XV, le forceps-scie n'aurait pu traverser, *même à vide et dans quelque direction qu'on le plaçât,* le détroit supérieur et beaucoup moins encore l'inférieur, attendu que les ischions n'étaient écartés que de 47 millimètres et les branches ischio-pubiennes de 25 millimètres, et cependant notre pince, chargée du crâne transforé, lui fit parcourir aisément toute la filière pelvienne; lorsqu'elle fut arrivée au fond du bassin, la tige du terebellum vint se loger sous la symphyse pubienne pendant que la branche protectrice se dirigeait vers le coccyx; l'os occipital et les pariétaux aplatis, réduits en un mince gâteau, s'engagèrent dans la rainure formée par l'arcade pubienne et la face se dégagea, sans difficulté, du côté du périnée.

Nous en avons l'intime conviction, la base du crâne étant bien démolie, il sera excessivement rare qu'il faille enlever séparément les pièces de l'instrument, parce qu'il ne pourrait être extrait tout monté, comme le suppose notre honorable confrère. Et, d'ailleurs, cet inconvénient ne se présente-t-il pas, et beaucoup plus souvent, avec le forceps-scie? Ne lisons-

nous pas dans plusieurs observations de M. Vanhuevel, de Simon et de M. Hyernaux lui-même, qu'on a retiré les branches de l'instrument pour amener ensuite les segments du crâne au moyen des pinces à dents de loup ou autrement ?

En supposant le transforateur enlevé, s'il faut attendre on le fera sans doute avec beaucoup moins d'inquiétude que si la tête, au lieu d'être transforée, se trouvait divisée en deux segments à bords saillants et durs, et, s'il y a urgence de terminer, n'avons-nous pas, comme après la section du crâne, le levier et les pinces de M. Vanhuevel ou le cranioclaste de Simpson, et, en plus, les petits forceps, le tire-tête, sans compter la ressource de nouvelles perforations? A réduction égale, l'expulsion ou l'extraction ne sera-t-elle pas moins dangereuse lorsque les os seront encore recouverts du cuir chevelu que quand ils auront été divisés par une scie ?

M. Hyernaux termine son appréciation de la manière suivante : « A part ces quelques griefs, auxquels notre savant confrère saura probablement parer, je me hâte de reconnaître que son procédé embryotomique est d'une extrême simplicité d'exécution et qu'il doit donner, dans certains cas, des résultats excellents, surtout quand l'opérateur aura pu atteindre le corps du sphénoïde. Mais il est à regretter que ce soit là une condition quasi-essentielle, car elle limite beaucoup l'applicabilité de l'instrument. »

En vérité, voilà une conclusion finale qui étonne et à laquelle il n'était certes pas permis de s'attendre : nous l'adoptons bien volontiers en lui coupant la queue : *in caudâ venenum.* Après la longue discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous croyons avoir suffisamment démontré combien les critiques de notre honorable collègue sont peu fondées, pour pouvoir accepter sa louange tout en lui ôtant une restriction qui l'atténue et qui la gâte.

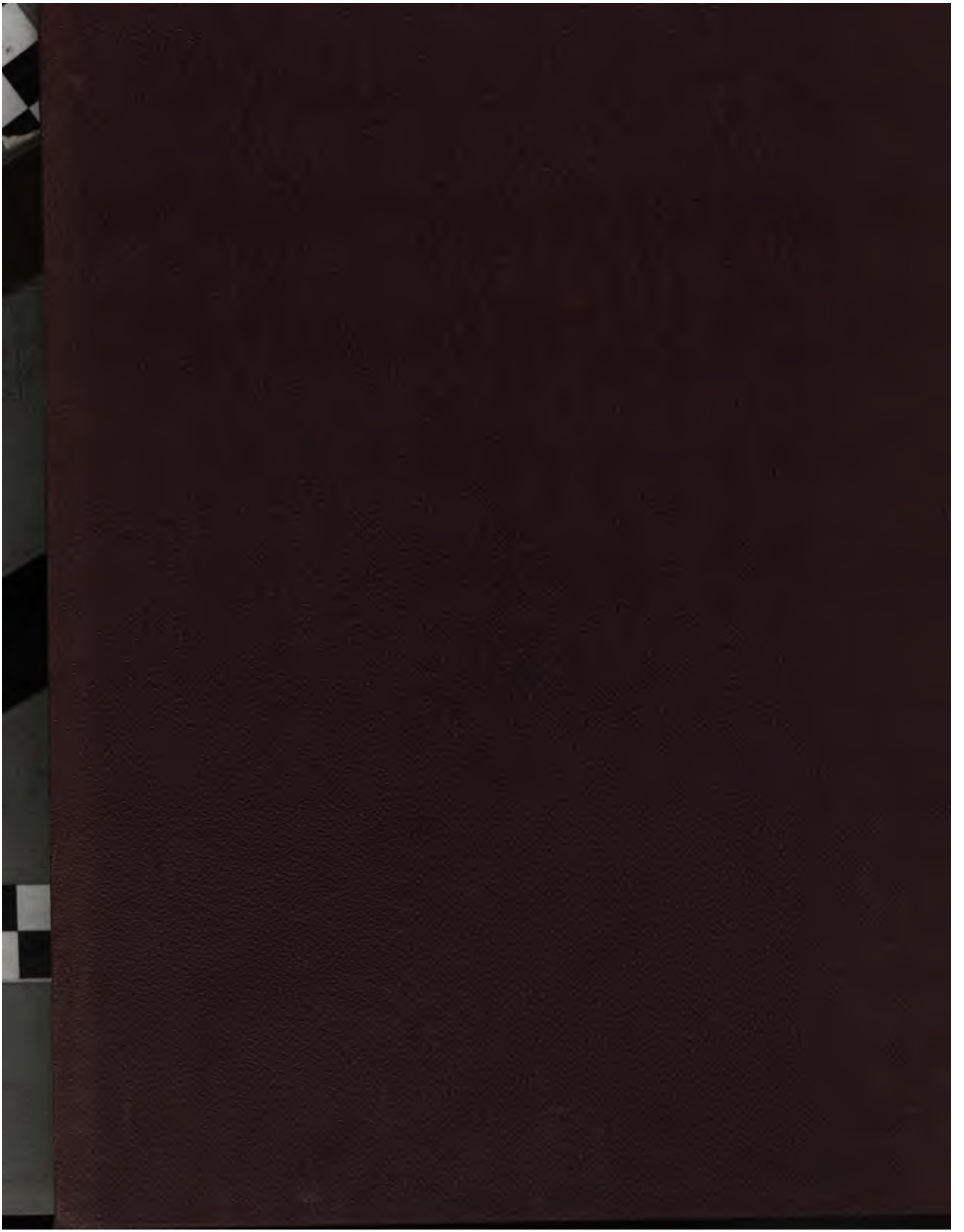
M. Hyernaux a eu le tort de trop s'attacher au mot *sphénotrésie ;* nous ne l'avons adopté que pour faire comprendre que la clef de voûte du crâne est le sphénoïde et que la détruire c'est démolir tout l'édifice céphalique, mais nous n'avons nullement dit que le succès ne fût possible qu'à la condition expresse d'atteindre le *corps* de cet os. La clef de voûte a ses culées qui sont ici les ailes du sphénoïde et les rochers des temporaux.

Abattez ces culées, ne fût-ce que d'un côté, comme dans le fait dont M. Hyernaux a été témoin et vous obtenez les résultats qu'il a pu constater *de visu*. Si par hasard le diamètre bimalaire, le seul diamètre transversal qui subsiste, en descendant au détroit supérieur, s'y trouvait arrêté, le corps du sphénoïde serait alors lui-même accessible à l'instrument et quelques nouvelles perforations le démoliraient à son tour.

FIN.

# TABLE DES MATIÈRES.


| | Pages. |
|---|---|
| Du transforateur. | 3 |
| Application du transforateur dans les présentations du sommet. | 5 |
| Application du transforateur dans les présentations de la face | 11 |
| Application du transforateur, le tronc étant sorti | 12 |
| Expériences sur le cadavre | *ib.* |
| Observations pratiques. | 18 |
| Résumé | 75 |
| Parallèle de la transforation et de la section du crâne | 82 |
| Parallèle de la transforation et du broiement. | 105 |
| Tableau des observations de céphalotripsie | 117 |
| Tableau des observations de section du crâne. | 120 |
| Gravité respective du broiement, de la section et de la transforation du crâne | 133 |
| Limites d'emploi du céphalotribe | 138 |
| Céphalotripsie répétée | 142 |
| Méthode de Pajot | 144 |
| Limites de la section du crâne | 156 |
| Limites de la transforation | 161 |
| Conclusions | 164 |
| Crânioclaste de Simpson | 165 |
| Forceps transforateur de Lollini. | 167 |
| Céphalotripsie intra-crânienne de Guyon | 169 |
| Appendice. | 175 |


FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.